IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **Komisji Polityki Społecznej i Rodziny (nr 66)**
- **Komisji Zdrowia (nr 92)**

z dnia 24 czerwca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Społecznej i Rodziny (nr 66)

Komisji Zdrowia (nr 92)

24 czerwca 2021 r.

Komisje: Polityki Społecznej i Rodziny oraz Zdrowia, obradujące pod przewodnictwem poseł **Urszuli Ruseckiej (PiS)**, przewodniczącej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, oraz **Marzeny Okły-Drewnowicz (KO)**, zastępcy przewodniczącej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, rozpatrzyły:

– informację minister rodziny i polityki społecznej oraz ministra zdrowia na temat sytuacji opieki długoterminowej w Polsce, w szczególności koordynacji, deinstytucjonalizacji i obecnej sytuacji kadrowej w opiece długoterminowej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Stanisław Szwed** sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Magdalena Osińska-Kurzywlik** prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym", **Joanna Luberadzka-Gruca** prezes zarządu Fundacji Polki Mogą Wszystko, **Robert Suchanke** prezes Ogólnopolskiego Związku Świadczeniobiorców Wentylacji Mechanicznej, **Adam Zawisny** wiceprezydent Stowarzyszenia Instytutu Niezależnego Życia, **Katarzyna Świeczkowska** wiceprzewodnicząca Gdańskiego Koła Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, **Krzysztof Tłoczek** wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych, **Mariola Łodzińska** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Mariola Rybka** konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długotrwałej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Cholewa, Marta Artymińska, Dariusz Lipski, Brygida Śliwka** – z sekretariatu Komisji Polityki Społecznej i Rodziny w Biurze Komisji Sejmowych, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk, Małgorzata Siedlecka-Nowak, Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji Zdrowia w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Witam bardzo serdecznie na wspólnym posiedzeniu Komisji Zdrowia oraz Polityki Społecznej i Rodziny. Tematem dzisiejszego wspólnego posiedzenia połączonych Komisji jest informacja Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia na temat sytuacji opieki długoterminowej w Polsce, w szczególności koordynacji, deinstytucjonalizacji i obecnej sytuacji kadrowej w opiece długoterminowej. Ponieważ jest to posiedzenie zwołane jeszcze w trybie zdalnym, to rozpoczniemy od kworum. Informuję, że posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Informuję również, że zostało państwu przedstawione, w jaki sposób należy się zgłaszać do dyskusji. Informuję jednocześnie, że poseł, zgodnie z art. 198k ust. 1 uchwały Sejmu RP z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie zmiany regulaminu Sejmu, potwierdza swoją obecność na posiedzeniu Komisji prowadzonych z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość poprzez zalogowanie się w systemie do głosowania. Państwo na sali proszę więc, żebyście zalogowali się, natomiast państwo, którzy łączą się z nami zdalnie, również proszę o zalogowanie się.

Bardzo serdecznie witam pana ministra Waldemara Kraskę, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam bardzo serdecznie pana ministra Stanisława Szweda, sekretarza stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej. Witam przedstawiciela Biura Rzecznika Praw Pacjenta, wszystkich zaproszonych gości. Witam serdecznie posłów połączonych komisji, czyli Komisji Zdrowia i Komisji Polityki Społecznej i Rodziny.

Jak wygląda kworum? Może nie będziemy zamykać jeszcze kworum dla osób, które pewnie jeszcze trochę się spóźnią. Mamy kworum, więc możemy rozpocząć obrady. Stwierdzam kworum. Przejdziemy do rozpatrzenia porządku dzisiejszego posiedzenia Komisji.

Szanowni państwo, 27 maja br. do Komisji Polityki Społecznej i Rodziny oraz do Komisji Zdrowia poprzez panią marszałek wpłynął wniosek grupy posłów, członków Komisji Polityki Społecznej i Rodziny oraz Komisji Zdrowia o zwołanie posiedzenia Komisji w celu wysłuchania informacji Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia na temat sytuacji opieki długoterminowej w Polsce, w szczególności koordynacji, deinstytucjonalizacji i obecnej sytuacji kadrowej w opiece długoterminowej. Wniosek został złożony w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Bardzo proszę o zabranie głosu przedstawiciela wnioskodawców.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowne panie minister, panowie ministrowie, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, wraz z panią poseł Moniką Rosą przedstawimy problemy, które dotykają w obecnej dobie osoby starsze i dotykają przede wszystkim tematów związanych przede wszystkim z opieką długoterminową. Dużo mówi się w obecnym czasie na temat wsparcia rodzin, na temat wsparcia dzieci w rodzinach, rodziców, ale za mało mówi się na temat babć, dziadków, prababć, pradziadków, a przecież to jest to pokolenie najsłabsze, o które powinniśmy najbardziej zadbać. Mało mówi się na temat osób z niepełnosprawnością, na temat osób z niesamodzielnością. Osoby starsze w Polsce częściej niż w innych krajach europejskich deklarują zły stan zdrowia. Niestety seniorzy nie są objęci całościowo i kompleksowo opieką medyczną i opiekuńczą. Brak ciągłości i kompleksowości usług dotyczy koordynacji opieki specjalistycznej przez lekarzy POZ, nadzoru nad przyjmowaniem zleconych lekarstw, opieki pielęgniarskiej nad chorymi przewlekle w miejscu zamieszkania, pobierania badań laboratoryjnych w domu, dostępu do systematycznej rehabilitacji, usług opiekuńczych, pomocy asystenta seniora, zapewnienia transportu w dotarciu do lekarza, do miejsc wsparcia, na rehabilitację.

Jaka jest opieka zdrowotna, senioralna, w jakim kierunku idzie polityka rządu, aby rzeczywiście planowo wesprzeć seniorów na poziomie zarówno państwa, jak i na poziomie lokalnym realizowanym przez jednostki samorządu terytorialnego. Czy mają państwo dane informujące o potrzebach opiekuńczych i zdrowotnych starszych Polaków? Dane GUS z 2018 r. mówią nam wyraźnie, że z usług opiekuńczych skorzystało niecałe 92 tys. seniorów. To jest 10 osób na 100 seniorów. CBOS w 2019 r. mówi o 22% osób powyżej 75. roku życia, które miały trudności z wykonywaniem codziennych czynności. Aż 40% seniorów chciałoby otrzymać pomoc w chorobie, a dane NIK wskazują, że wielokrotnie seniorzy nie korzystają z usług opiekuńczych ze względu na duże koszty.

A jak wygląda opieka zdrowotna i opiekuńcza w miastach i na terenach wiejskich? Badanie z 2018 r.: osobom powyżej 65. roku życia udzielono prawie 81 mln porad lekarskich, ale w miastach, szanowni państwo. Niecałe 15 mln to porady lekarskie na wsiach. W wielu gminach brakuje dostępu do wsparcia opiekuńczego w miejscu zamieszkania, transportu do miejsc dziennego pobytu. Opieka geriatryczna, zaniedbywana i od lat niedoceniana, jest o tyle ważna, że polega na dostrzeganiu u seniora odchyleń od normy zdrowotnej niezależnych od starzenia się. Geriatria interpretuje tak zwane zespoły geriatryczne, a obecnie mamy w Polsce 502 geriatrów, z czego 480 wykonuje swój zawód. To są dane Naczelnej Izby Lekarskiej. W 2018 udzielono niecałe 74 tys. porad geriatrycznych na 116 mln porad specjalistycznych. To jest raptem 0,06% ogółu porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Jak wygląda więc kontraktowanie usług geriatrycznych dla poradni i oddziałów geriatrycznych? Czy MZ przewiduje wreszcie przekształcenie oddziałów internistycznych w internistyczno-geriatryczne, tym bardziej że koszty

leczenia seniorów w szpitalu są bardzo wysokie. Niestety brakuje współpracy między MZ i MRiPS, w związku z tym właśnie stąd prośba o wspólne posiedzenie tych Komisji.

Jakie zadania podejmuje MZ w ramach dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 r. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność". Czy MZ analizuje możliwość powstania departamentu, który zajmowałby się zdrowiem seniorów, tak jak działa departament w MRiPS? Ten departament mógłby się zajmować sytuacją zdrowotną seniorów wraz z opieką długoterminową w instytucjach i w środowisku. Niestety ograniczona liczba lekarzy, pielęgniarek, odbija się negatywnie na opiece medycznej. Szczególnie jest to odczuwalne w małych środowiskach, małych gminach, małych powiatach. Brakuje pracowników socjalnych, opiekunów, opiekunów medycznych, asystentów seniora. Jaką więc politykę kadrową przewidują ministerstwa, aby zmienić tę sytuację? Kiedy wreszcie zostaną rozwiązane problemy zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej i wynagrodzenie, aby było ono takie jak w szpitalach?

I pytanie: jakie są wydatki publiczne na opiekę długoterminową w chili obecnej? Bo dane z 2016 r. mówią, że jest to 0,5% PKB w Polsce. W krajach UE dla porównania to jest 1,6%. Niski prestiż opiekuna osoby starszej, niskie wynagrodzenie pielęgniarek powoduje, że niestety usługi opiekuńcze specjalistyczne mimo programu „Opieka 75+" i rządowego programu „Usługi opiekuńcze dla osób z niepełnosprawnością" są niewystarczające. Zasięg programów jest niewielki, brak opieki w święta, wieczorem, wysokie koszty, brak opiekunek powoduje, że seniorzy niestety mają tę opiekę tylko od poniedziałku do piątku i tylko przez jedną, dwie godziny dziennie.

Jak wygląda kompleksowo system opieki nad chorymi z otępieniami? To jest kolejny, niezmiernie ważny problem. W Polsce ponad 500 tys. osób starszych ma objawy otępienia. Opieka, głownie nieformalna, spada na rodziny. Nie wszędzie ośrodki pomocy oferują pomoc w usługach opiekuńczych. Brakuje domów dziennego pobytu. Jaki jest poziom dostępności dla usług pielęgniarki opieki długoterminowej domowej dla osób starszych, niesamodzielnych? Jaki jest poziom usług w hospicjach i opiece paliatywnej? Z tym problemem niestety borykamy się cały czas. Dostać się do opieki hospicyjnej, znaleźć miejsce dla osoby bliskiej chorej w hospicjum czasami zakrawa na cud. Czy zostały zaktualizowane przez państwa standardy dotyczące jakości, organizacji funkcjonowania ośrodków opiekuńczo-leczniczych w domach pomocy społecznej w oparciu o doświadczenia z okresu pandemii? Czy MZ, MRiPS przeanalizowały tę sytuację i przygotowały aktualne standardy w sytuacji, gdyby zdarzył się powrót pandemii, czego sobie oczywiście nie życzymy? Na jakim etapie jest rządowa strategia deinstytucjonalizacji opieki nad seniorami? Czy trwają prace nad zmianą orzecznictwa o niepełnosprawności dostosowane do seniorów?

Szanowni państwo, 90% rodzin opiekuje się swoimi seniorami. Są to opiekunowie nieformalni, na których spada wysiłek, obowiązek wsparcia opieki, ale często też pogodzenia opieki ze swoją pracą zawodową. Dotyka to najczęściej kobiet, które chcą się realizować zawodowo, ale chcą się opiekować swoimi bliskimi. Czy państwo przygotowują dla nich jakiś program, który wyposażyłby ich w wiedzę o opiece nad bliskimi. Czy macie przygotowane szkolenia, finansowanie tego, tak aby te osoby mogły pogodzić opiekę z pracą zawodową. Bardzo często dotyka to również współmałżonków – kobiet, mężczyzn, którzy muszą się opiekować bliskimi, ponieważ dotknęła ich choroba demencji, Alzheimera. Jak wygląda program opieki wytchnieniowej?

Wreszcie nierówność w przyjmowaniu seniorów w domach opieki społecznej, w zakładach leczniczo-opiekuńczych. Chodzi o odpłatność. Jak państwo wszyscy wiedzą, jesteście tutaj specjalistami w tej dziedzinie, w myśl ustawy odpłatność za pobyt mieszkańca w domu pomocy społecznej dotyczy również osób bliskich. Jest to tak zwana alimentacja. W zakładach opiekuńczo-leczniczych takiej odpłatności nie ma, więc, jak widać, jest to nierówne traktowanie pacjenta, nierówne traktowanie rodzin. Czy znalazło się rozwiązanie tego problemu?

Tematów można by tu poruszyć jeszcze bardzo dużo. To jest namiastka problemów, które dotykają osób starszych i ich rodziny. Ale na zakończenie chciałabym państwu przytoczyć listy samych zainteresowanych: „Starsi pacjenci są najbardziej bezbronni. Do szpitala trafiłam jako 78-latka ze złamanym biodrem, a na oddziale ortopedycznym

spędziłam trzy tygodnie. I były to najgorsze trzy tygodnie w moim życiu. Placówka, w której leżałam, nie dbała o higienę pacjentów, którzy sami nie byli w stanie się obsłużyć. Przez trzy tygodnie ani razu mnie nie umyto. Bardzo rzadko do mnie zaglądano, a miałam unieruchomioną nogę i każdy ruch powodował niesamowity ból. Pacjentka z Żywca". I jeszcze jeden list na zakończenie: „Długie kolejki do specjalisty. Zarejestrowałem żonę do poradni chirurgii naczyniowej. Czas oczekiwania półtora roku. Termin – październik 2022 r. Tymczasem na wizytę prywatną można się zarejestrować na bieżąco – na jutro lub za tydzień. Koszt wizyty to 200 zł plus 200 zł USB Dopplera. Skąd, oprócz oczywistych powodów, wynika aż taka różnica między wizytą na Fundusz a prywatnie? Pan z Gdańska". Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł. W takim razie bardzo proszę o odniesienie się do tych pytań. Może zaczniemy od pana ministra Waldemara Kraski. Bardzo proszę o zabranie głosu.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, wysłaliśmy do państwa informację, więc nie będę tej informacji w tej chwili powtarzał. Skupię się na troszkę innych kwestiach, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową. Może zacznę od definicji, bo wiemy, że opieka długoterminowa jest wpisana w integralną część ochrony zdrowia. To zresztą jest w definicji Światowej Organizacji Zdrowia. I to właśnie jest integralna część całej ochrony zdrowia, czyli widzimy, że opieka długoterminowa jest dostrzegana jako ważny element w służbie zdrowia. Związany jest oczywiście z potrzebą opieki realizowanej przez opiekunów czy to nieformalnych – tutaj mamy na myśli oczywiście rodzinę, przyjaciół czy też sąsiadów – oraz także opiekunów formalnych, czyli profesjonalistów medycznych i pracowników socjalnych, ale także tradycyjnie wolontariuszy, którzy także niosą pomoc w opiece długoterminowej.

Sama opieka długoterminowa to jest dość skomplikowany proces, obejmujący bardzo wiele działań medycznych i społecznych, które między innymi polegają na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, udzielania świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych dla osób czy to przewlekle chorych, czy niesamodzielnych, niepełnosprawnych, którzy nie wymagają hospitalizacji, czyli na daną chwilę te osoby nie wymagają pobytu w szpitalu. Opieka długoterminowa to opieka długookresowa, opieka, która powinna być udzielana w sposób ciągły, profesjonalna opieka pielęgnacyjna, ale także rehabilitacyjna, a także kontynuacja procesu najczęściej farmakologicznego, który był wcześniej kontynuowany w szpitalach.

Jeżeli popatrzymy na opiekę długoterminową, możemy ją podzielić na dwie formy takiej opieki: opiekę długoterminową stacjonarną i opiekę długoterminową domową. Typowe formy opieki stacjonarnej to oczywiście są zakłady opieki długoterminowej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, czyli popularne ZOL-e, i zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne. Drugą formą opieki jest opieka domowa, to są zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, a dla dzieci i młodzieży – wentylowanych mechanicznie. Myślę, że tą najbardziej popularną domową formą opieki osób w okresie opieki długoterminowej jest pielęgniarska opieka długoterminowa domowa.

Padło pytanie, jakie pieniądze, jakie środki są przeznaczane na opiekę długoterminową, więc jeżeli spojrzymy na lata 2019 i do pierwszego kwartału 2021, to na opiekę długoterminową przeznaczyliśmy i wydaliśmy już 3 637 000 tys. zł. W 2019 r. to było 1 537 000 tys. zł, w roku 2020, czyli w roku epidemii koronawirusa więcej, czyli 1 727 000 tys. zł, a już w pierwszym kwartale bieżącego roku wydaliśmy 403 329 tys. zł. Czyli mimo epidemii Covid-19 na opiekę długoterminową w roku 2020 wydaliśmy więcej o 188 000 tys. zł, czyli o 12,27% w porównaniu do roku 2019. To wynika z tego, że wzrosły wyceny świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. To było związane z nową wyceną tych świadczeń gwarantowanych, co, myślę spowodowało, że są bardziej atrakcyjne dla świadczeniodawców, aby takie świadczenia wykonywać.

Jeżeli chodzi o sytuację kadrową w opiece długoterminowej, to dokładne informacje przesłałem państwu w tym materiale, który państwo mają, ale tutaj bym się z panią poseł

tak do końca nie zgadzał, że to opieka długoterminowa powinna się głównie skupiać na lekarzach geriatrach, ponieważ po pierwsze mamy ich mało, ale też myślę, że oddziały wewnętrzne, także lekarze interniści są doskonale przygotowani, aby pacjentów właśnie wieku senioralnym leczyć, ich prowadzić, więc myślę, że tutaj nie ma aż takiej potrzeby, żeby pacjent bezpośrednio musiał zawsze trafiać do lekarza geriatry czy też na oddział geriatryczny, ale oczywiście jest to dyskusja akademicka od wielu lat się tocząca, czy iść w kierunku większej dostępności dla osób starszych w oddziałach wewnętrznych, czy też jednak iść w oddziały geriatryczne. W opiece długoterminowej bardzo ważną rolę, jak nie najważniejszą, odgrywają opieka pielęgnacyjna, czyli opieka, która jest świadczona przez pielęgniarki. Na dzień dzisiejszy liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece długoterminowej to jest 23 871 osób. Pielęgniarki, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa, mają zastosowanie w opiece długoterminowej, to jest ponad 68 000. Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne właśnie także w zakresach pielęgniarstwa, mają zastosowanie w opiece długoterminowej, to jest ponad 65 000.

Ministerstwo przeznacza także środki finansowe i dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych w priorytetowych dziedzinach, z naciskiem właśnie także w zakresie opieki długoterminowej. Co roku MZ na ten cel przeznacza środki.

W opiece długoterminowej bardzo ważną rolę odgrywają także fizjoterapeuci, tak że tutaj też widzimy wielkie zaangażowanie i też wspieramy, jeśli chodzi o kształcenie młodych ludzi w dziedzinie właśnie fizjoterapii. Na dzień dzisiejszy w Polsce z prawem wykonywania zawodu jest ponad 90 000 fizjoterapeutów.

Następnymi osobami, które biorą dość czynny udział w opiece długoterminowej, są opiekunowie medyczni. Mając na uwadze wykorzystanie już potencjału tego zawodu opiekuna medycznego, który ma za zadanie głównie wpierać pielęgniarki i położne w ich zadaniach zawodowych, a także umożliwiać im wykonywanie ich zasadniczej roli, razem z Ministrem Edukacji rozpoczęliśmy prace legislacyjne polegające na wprowadzeniu nowych dodatkowych umiejętności zawodowych do podstawy programowej w kształceniu w zawodzie opiekuna medycznego. Dzięki tym zadaniom myślę, że cały system ochrony zdrowia wzbogaci się o kolejną wyspecjalizowaną kadrę medyczną, która bardzo będzie pomocna także w opiece długoterminowej.

Padło pytanie także o koordynację opieki długoterminowej. Dostrzegamy, nie tylko w Polsce, ale w Europie i w świecie, że zmiany demograficzne są nieubłagane. Społeczeństwa niestety się starzeją, żyjemy coraz dłużej. Nie zawsze żyjemy w tym komforcie, że jesteśmy zdrowi, jesteśmy w pełni sprawni, dlatego ta liczba osób, które wymagają pomocy, będzie na pewno się poszerzała. Dlatego właśnie razem z MRiPS – ta współpraca jest – nie jest tak, jak pani poseł mówiła, że tej współpracy nie ma, bo na bieżąco jesteśmy w kontakcie i nasze wspólne działania chcemy synchronizować. Dlatego ta współpraca będzie także w zakresie polityki senioralnej. Chcemy, aby troszkę zredefiniować kryteria kierowania do poszczególnych form opieki zdrowotnej. Mam tu na myśli domy opieki społecznej i zakłady opiekuńczo-lecznicze, z tym naciskiem, żeby jednak pacjent, jeśli oczywiście jest taka możliwość, przebywał w opiece domowej, bo myślę, że to środowisko, w którym od zawsze przebywa, to otoczenie, bliscy, znajomi, jest najlepszym środowiskiem, aby w okresie niepełnosprawności, w okresie kiedy nie może sam wokół siebie wykonywać nawet najprostszych czynności, był w środowisku dla niego bardzo przyjaznym. Chcemy także wspierać opiekunów nieformalnych, szczególnie wolontariuszy, aby także coraz więcej tej formy wsparcia dla osób w opiece długoterminowej było jak najwięcej.

Chcemy, aby ta współpraca odbywała się nie tylko na forum tych dwóch ministerstw, więc koordynujemy także działania międzyresortowe. Dlatego powstał już projekt dokumentu strategicznego usług zdrowotnych dla osób starszych. To jest załącznik do dokumentu „Zdrowa przyszłość" w ramach strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą nawet do roku 2030. Właśnie w tym dokumencie osoby starsze stanowią jedną z czterech grup społecznych uwzględnionych w europejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki międzyresortowej do opieki świad-

czonej na poziomie lokalnych społeczności, bo myślę, że właśnie ta forma jest bardziej korzystna i dająca zdecydowanie większe efekty niż ta forma zinstytucjonalizowana.

Myślę, że jeżeli patrzymy na osoby starsze, to szczególnie świadczenia opieki geriatrycznej długoterminowej czy też paliatywnej, hospicyjnej, które wymagają dość wykwalifikowanej kadry, będą na pewno w następnych latach zdecydowanie poszerzane i rozwijane. Myślę, pani przewodnicząca, że wstępnie na tym bym zakończył. Jeżeli będą pytania, to oczywiście jestem gotowy na nie odpowiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Bardzo proszę o zabranie głosu pana ministra Stanisława Szweda.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej Stanisław Szwed:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, tak jak już pan minister Kraska przedstawił, również z naszego ministerstwa państwo otrzymali stosowaną informację dotyczącą punktu. Króciutko ją przypomnę i omówię, i oczywiście później będziemy do państwa dyspozycji, jeśli chodzi o pytania. Myślę, że taka formuła byłaby najlepsza.

Jeśli chodzi o problem opieki długoterminowej, to oczywiście z naszej strony przygotowaliśmy odpowiedzi dotyczące głównie ustawy o pomocy społecznej i tych świadczeń, które w ramach tej ustawy występują, czyli zarówno usługi opiekuńcze, jak i specjalistyczne. Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby, w tym również realizacja programu „Opieka 75+”, dzienne usługi świadczone w usługach wsparcia, usługi świadczone w mieszkaniach chronionych i w rodzinnych domach pomocy, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej oraz całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej.

Króciutko tylko może parę informacji dotyczących rozwoju usług opiekuńczych i specjalistycznych. Przypomnę, że to są zadania własne gmin o charakterze obowiązkowym. W 2020 r. z tej formy skorzystało ponad 113 tys. osób, w tym prawie 6000 osób w formie specjalistycznych usług opiekuńczych. Jeśli chodzi o kwestie programu „Opieka 75+”, to ten program ulegał modyfikacjom. W tej chwili jest skierowany do samorządów, do 60 tys. mieszkańców. To jest program, który wspomaga gminy, jeśli chodzi o usługi opiekuńcze. Też dokonaliśmy zmian w tym programie , wprowadzając również takie rozwiązania, że te usługi opiekuńcze dofinansowane przez program mogą być zlecane jednostkom pozarządowym lub podmiotom prywatnym. Z ostatnich danych w 2020 r. z tego programu skorzystało 509 gmin. W tym przypadku oznacza to też, że w tej chwili do 60 tys. 89% gmin w Polsce realizuje te zadania.

Jeśli chodzi o kwestie dziennych domów pomocy, to w tej chwili na terenie Polski funkcjonuje prawie 500 dziennych domów pomocy, jest 20 tys. miejsc. Czyli tu też, tak jak w poprzednim przypadku, we wszystkich instrumentach, o których mówię, jest wzrost w stosunku do roku 2019, mimo że mieliśmy przecież trudny rok związany z pandemią.

Te zadania, o których mówiłem, to oczywiście zadania samorządowe, ale też zadania samorządowe, które zlecamy jako zadania rządowe, czyli wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez środowiskowe domy samopomocy. Ta liczba ŚDS-ów z roku na rok rośnie. W tej chwili na koniec 2020 r. funkcjonuje 840 środowiskowych domów samopomocy, na prawie 32 tys. miejsc.

Również ważnym elementem jest rozwój mieszkań chronionych, w tym mieszkań treningowych oraz wspieranych. Tutaj też w tym zakresie jest wzrost tych jednostek. Jeśli chodzi o opiekę świadczoną w rodzinnych domach pomocy na Komisji Polityki Społecznej i Rodziny na ten temat rozmawialiśmy. Zobowiązaliśmy się i chcemy po tych dyskusjach przygotować państwu do końca lipca propozycje pewnych rozwiązań. To rozwiązanie funkcjonuje w tej chwili w Polsce. Mamy 47 rodzinnych domów pomocy. Wiemy, że to są potrzebne placówki, musimy znaleźć takie rozwiązania, które wzmocnią i poprawią tę sytuację.

Jeśli chodzi o domy pomocy społecznej, czyli DPS-y, bardzo ważna dziedzina z tego naszego obszaru, czyli zarówno domy pomocy społecznej prowadzone przez samo-

rządy czy, jak jest, Kościół katolicki, czy inne kościoły, inne osoby prawne, ale też osoby fizyczne. W 2020 r. na terenie kraju funkcjonowało 828 gminnych i ponadgminnych domów pomocy społecznej na ogólną liczbę 81 tys. mieszkańców. W tym zakresie, jeśli chodzi o placówki niepubliczne, to działały w Polsce 644 placówki na 25 tys. miejsc.

Jeśli chodzi o liczbę obecnie mieszkańców, to zarówno jeśli chodzi o gminne domy pomocy społecznej ta liczba jest mniejsza od liczby miejsc, czyli mamy większą liczbę miejsc niż mieszkańców, co wiele lat temu było odwrotnie, bo brakowało nam miejsc. Również w prywatnych jednostkach są wolne miejsca. To między innymi jest podyktowane tym, że w okresie pandemii dostęp do opieki był trudniejszy.

We wcześniejszych pytaniach na piśmie państwo pytali nas o strukturę zatrudnienia pracowników domów pomocy społecznej. W domach pomocy społecznej jest zatrudnionych 58 tys. osób, z czego, przeliczając na pełne etaty, ponad 54 tys. Może tylko króciutko: pracowników zapewniających usługi opiekuńcze jest na poziomie 37 tys. osób. Oczywiście to są zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, pracownicy socjalni, rehabilitanci, terapeuci.

Pan minister już o tym mówił, ale wiemy, że jest problem dotyczący pracy pielęgniarek w DPS-ach. Staramy się z MZ znaleźć rozwiązanie tego problemu. Na koniec 2020 r. zatrudnionych było 4,5 tys. pielęgniarek w DPS-ach. Co ważne, z budżetu państwa dofinansowanie na funkcjonowanie DPS-ów przeznaczyliśmy 845 000 tys. zł plus w ubiegłym roku z rezerwy celowej ponad 137 000 tys. zł, związane to było głównie z Covidem, ale również prawie 300 000 tys. zł ze środków europejskich też na wsparcie DPS-ów.

Było też pytanie dotyczące programu „Bezpieczeństwo, uczestnictwo, solidarność”. W ramach tego programu oczywiście dwa nasze programy, które funkcjonują, program „Senior+” i w tym roku program, który zastąpi program ASOS, program „Aktywni+”. Obydwa programy już zostały rozstrzygnięte, są realizowane i z zadowoleniem możemy powiedzieć, że te programy dobrze są odbierane zarówno wśród samorządów w przypadku programu „Senior+”, a jeśli chodzi o program „Aktywni+” wśród organizacji pozarządowych.

Jeśli chodzi o pytanie dotyczące strategii dotyczącej deinstytucjonalizacji, to tylko króciutko. Podjęliśmy takie działania związane z deinstytucjonalizacją w Krajowym Programie Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja programu jest w tej chwili w trakcie prac rządowych, jest na etapie prac Komitetu Stałego Rady Ministrów. Oczywiście w naszym resorcie pracujemy w tej chwili nad strategią deinstytucjonalizacyjną i ona będzie w tej chwili poddana prekonsultacjom. Mamy przygotowany projekt. Pracowała grupa ekspertów, pracował też nasz departament. Chcemy w przyszłym tygodniu takie szerokie prekonsultacje w sprawie strategii deinstytucjonalizacji odbyć zarówno z organizacjami pozarządowymi, jak i z samorządami i myślę, że również po tych prekonsultacjach będziemy gotowi, żeby przedstawić jako ministerstwo do prac parlamentarnych, ale również oczywiście później do konsultacji resortowych i partnerom społecznym całą strategię. Materiał jest obszerny i już od przyszłego tygodnia będzie też okazja z tym materiałem się zapoznać. To tyle, pani przewodnicząca, jeśli chodzi o naszą odpowiedź z MRiPS. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Otwieram dyskusję. Mam zapisanych trzech posłów. Pytanie jest jeszcze… Dobrze, moment, pani przewodnicząca Marzena Okła-Drewnowicz. Jest pani poseł Monika Wielichowska jako pierwsza, potem pani Monika Rosa, pan poseł Piotr Borys, pani Marzena Okła-Drewnowicz, pan poseł Szulowski, pani poseł Jagna Marczułajtis, pani poseł Marcelina Zawisza, Magdalena Biejat. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos z posłów? pytam o posłów. Na razie tyle. Mamy też zgłoszenia strony społecznej, cztery osoby.

Moja ogromna prośba, taka jak zawsze na Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, żeby wypowiedzi były bez obudowy dookoła, czyli to co najważniejsze, żeby nam się nie rozmazało, żebyśmy nie przegadali tematu, tylko te najważniejsze rzeczy, które chcemy, żeby były zrealizowane i chcemy żeby były podkreślone i uwypuklone, żeby nie powielać tych samych treści, zwłaszcza że o godzinie 17.40 mamy zaplanowane głosowania,

więc dobrze by było, żebyśmy po prostu zdążyli. Stąd będziemy ograniczać… O, jeszcze kolejne osoby nam tutaj dochodzą. Myślę, że pomału będę zamykać listę. Zobaczymy, jak będą rozbudowane te pytania. Być może zrobimy tak, że po czterech pytaniach odpowiedź panów ministrów, tak żeby pytania nam nie umykały. Bardzo proszę, pani poseł Monika Wielichowska.

Poseł Monika Wielichowska (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Panowie ministrowie, szanowne Komisje, jak wszyscy wiemy, prognozy demograficzne pokazują, że liczba Polek i Polaków, którzy będą wymagać opieki długoterminowej, podnosi się, i to dość szybko, bo w najbliższych 20 latach się podwoi. Przy postępującym procesie starzenia się społeczeństwa i wzroście liczby przewlekle chorych głównie służba zdrowia stanie przed – stoi już – przed ogromnym wyzwaniem.

Dziś rozmawiamy o sytuacji opieki długoterminowej, a tu najważniejszym problemem są moim zdaniem kadry. Kadry, bez których w gruzach legnie cały system opieki zdrowotnej i oczywiście długoterminowej także. Szanowni państwo, kiedy słyszę premiera Morawieckiego, który opowiada o tym, że budżet państwa ma nadwyżkę w wysokości 9 mld zł i zaznacza przy tym, że taki wynik świadczy o bardzo dobrym, o dobrym zdrowiu finansów publicznych i dodaje przy tym, że będą wielkie inwestycje, to ja z pełną stanowczością chce podkreślić, że inwestycje, owszem, są potrzebne, ale jeśli chodzi o kadry – o medyków, o pielęgniarki, o fizjoterapeutów, lekarzy czy opiekunów medycznych. Bo w zdrowiu czy w opiece długoterminowej, o której dzisiaj rozmawiamy, w przeważającej części nad seniorami, nad osobami niesamodzielnymi, najważniejszy jest człowiek. Mury, nawet najnowocześniejszy sprzęt bez człowieka nikogo nie uleczą i nikim się nie zaopiekują. Natomiast wiemy wszyscy, że dramatycznie brakuje chociażby pielęgniarek, których każdego roku ubywa z rynku 7 tys., a ich średnia wieku to 50–60 lat. Nie mają też zastępowalności i pracują na kilku etatach, czyli krążą między szpitalem, POZ-em czy domami opieki społecznej, ponieważ niewiele osób chce pracować w tym zawodzie. Chodzi oczywiście głównie o ich dramatycznie niskie płace. Z jednej więc strony mamy postępujący proces starzenia się społeczeństwa i wzrost liczby przewlekle chorych, a z drugiej coraz mniejszą liczbę pielęgniarek, na których przeważnie ten system opieki długoterminowej czy system ochrony zdrowia się opiera.

Kilka dni temu mogliśmy zaradzić temu ubytkowi medyków z systemu, mogliśmy przegłosować w tle protestującego całego medycznego środowiska w Sejmie ustawę, która regulowałaby sposób ustalania najniższych wynagrodzeń, bo tu już nie o oklaski chodzi. Oklaski już w niczym nie pomogą. Przypomnę, że całe środowisko w konsensusie przygotowało niewymarzone, ale jednak idące naprzód do ich oczekiwań, rozwiązania. Ponieważ pracę medyków, pracę każdej osoby, która pracowała w służbie zdrowia, trzeba docenić i w końcu dostrzec. Wtedy zostaną przy pacjencie, wtedy będą kształcić się nowe kadry. Ale warunek jest jeden – chcą pracować w godnych warunkach pracy i godnie zarabiać. Dlatego widzę tutaj konieczność inwestowania, ale nie w mury czy sprzęt, tylko inwestowania w człowieka.

Czytam w opracowaniu MZ, że na bieżąco MZ podejmuje działania w zakresie zapewnienia na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy i pielęgniarek. Ale nie było tego widać, chociażby na proteście medyków, o którym wspomniałam. Piszą państwo, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek od 2014 do 2020 r. wzrosła o 11,5 tys., ale nie dodajecie, że co roku z rynku znika właśnie 7 tys. pielęgniarek i za chwilę naprawdę staniemy przed wielkim problemem, którego już nie przeskoczymy. Mam więc pytanie, zarówno do jednego, jak i do drugiego pana ministra. Co zamierzacie? Jakie są dalsze plany? Z panem ministrem zdrowia widujemy się często na Komisji Zdrowia, natomiast chciałabym się dowiedzieć od pana ministra rodziny i polityki społecznej, aby powiedział też, jakie kroki podejmuje w rządzie, aby temu zapobiec i powstrzymać tę lawinę odejść, no i kształcić tych, którzy będą się nami opiekować w opiece długoterminowej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł. Myślę, że to jest bardzo ważny temat – kadry medyczne, wykształcenie lekarzy, pielęgniarek, szczególnie wiemy, co mieliśmy w tym trudnym roku

pandemicznym, niemniej jednak poproszę ministra zdrowia teraz o odpowiedź, co zrobiliśmy przez sześć lat rządu Prawa i Sprawiedliwości, jeżeli chodzi o kadry medyczne. Z jakiego pułapu wychodziliśmy, ilu było geriatrów w 2015 r., ilu jest teraz, jak wygląda dojście do zawodu pielęgniarki, medyków, co tak naprawdę w tym zakresie przez te sześć lat zostało poczynione. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Rzeczywiście w opiece długoterminowej rola pielęgniarki jest bardzo ważna, ale nie jest jedyna, bo oprócz pielęgniarki, która zajmuje się pielęgnacją pacjentów, także dużą role odgrywają lekarze, fizjoterapeuci, ale również opiekunowie medyczni, którzy myślę, że właśnie powinni przejmować wiele funkcji, szczególnie pań pielęgniarek, które mają bardzo dobre wykształcenie, więc nie zawsze ich obecność…

Poseł Monika Wielichowska (KO):

Ale leków nie podadzą, panie ministrze.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Ale, pani poseł, bardzo proszę. Pan minister odpowiada.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Pani poseł, leków nie podają, więc pacjent, który jest w opiece długoterminowej, leki ma przepisane. Dawkowanie jest, każdy członek rodziny czy opiekun może leki podać.

Poseł Monika Wielichowska (KO):

Panie ministrze, nie może, bo nie ma uprawnień, z całym szacunkiem…

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Pani poseł! Bardzo proszę pana ministra o odpowiedź. Pan minister odpowiada, natomiast wszyscy zdajemy sobie sprawę z sytuacji, ale też wiemy, ile trwa wykształcenie pielęgniarki, wykształcenie lekarza, i nie da się tego zrobić przez dwa, trzy, cztery lata, więc naprawdę państwo też, jako opcja rządząca wcześniej, muszą się uderzyć w piersi. Dlatego chciałam, żeby pan minister, powiedział, co zastaliśmy i co udało się przez sześć lat, a tak naprawdę pięć lat, bo poprzedni rok i ten były bardzo trudne, jeżeli chodzi o kadry medyczne.

Bardzo proszę, panie ministrze. Nie wiem, jak jest na Komisji Zdrowia, nie ma pana przewodniczącego. My z Komisją Polityki Społecznej mamy wypracowane metody. Każdy może zabrać głos i każdemu go udzielam, ale naprawdę nie wchodźmy w słowo.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Dziękuję także za tę pomoc, bo rzeczywiście bardzo łatwo jest krytykować nasze pięć lat rządów, nie patrząc wstecz, na poprzednie lata, a to właśnie za rządów Prawa i Sprawiedliwości, za rządów Prawicy ilość szkół kształcących pielęgniarki wzrosła o ponad 30. To są konkretne efekty, konkretne nowe miejsca, gdzie są kształcone pielęgniarki. Także, aby zwiększyć atrakcyjność tego zawodu, właśnie ostatnio państwo przegłosowali ustawę o minimalnym wynagrodzeniu. W tej chwili młoda osoba, która kończy czy to licencjat, czy też magistra w zawodzie pielęgniarki, będzie zarabiała minimalną płacę, to jest 4186 zł. Myślę, że to jest atrakcyjna kwota na rozpoczęcie pracy w tym ciężkim na pewno zawodzie, bo zawód pielęgniarki jest zawodem ciężkim, odpowiedzialnym, ale trafiają do tego zawodu osoby naprawdę z powołaniem, które chcą nieść pomoc drugiemu człowiekowi, a jednocześnie realizować się i też zarabiać na swoją rodzinę. Zatem ta płaca minimalna, myślę, że w tej chwili jest na godnym poziomie. Oczywiście w miarę kursów, w miarę robienia specjalizacji ta płaca oczywiście będzie rosła. Ale na start, myślę, że ponad 4000 zł jest to w tej chwili godne wynagrodzenie. To też powoduje, że powinno nam zdecydowanie przybywać młodych osób chcących kształcić się w zawodzie pielęgniarki.

Oczywiście luka pokoleniowa jest i, tak jak powiedziała przewodnicząca, to nie jest tak, że w ciągu roku czy dwóch wykształcimy pielęgniarki albo lekarzy. Proces kształcenia jest procesem wieloletnim, wymagającym dużego wysiłku nie tylko ze strony tej osoby, ale także wysiłku państwa, wysiłku lekarza specjalisty. Przypomnę, że studia

trwają sześć lat, specjalizacja pięć – to jest jedenaście lat, kiedy najszybciej możemy wykształcić lekarza specjalistę, który będzie samodzielnie opiekował się pacjentami.

Liczba geriatrów może nie wzrasta w ten sposób, jaki byśmy sobie życzyli, ale tutaj właśnie, jak powiedziałem na początku, ścierają się dwie różne strategie – albo oddziały geriatryczne, albo dać większe uprawnienia oddziałom wewnętrznym i tam właśnie opiekować się osobami, które wymagają opieki długoterminowej. Aczkolwiek to są osoby, które wymagają hospitalizacji, czyli wymagają leczenia szpitalnego. Gros osób wymaga tej pomocy najczęściej w miejscu zamieszkania. Myślę, że to jest najważniejsze. I tutaj właśnie rola pielęgniarki czy opiekuna medycznego jest bardzo ważna. Opieka długoterminowa, która jest świadczona przez pielęgniarki doskonale się spełnia. Jako lekarz znam wiele pań pielęgniarek, które taką opiekę sprawują, i także, co muszę przyznać i za to podziękować, w okresie pandemii, kiedy wszyscy byliśmy zaskoczeni pojawieniem się koronawirusa, że coś takiego w ogóle może się zdarzyć w świecie, te panie, które sprawują opiekę pielęgniarską właśnie w opiece długoterminowej, tę opiekę świadczyły. Dlatego jeszcze raz, także w tym momencie im za to podziękuję.

Myślę więc, że jeżeli chodzi o kadry medyczne, to nie jest tak, że tych osób w tej chwili nie ma. Nie ma komu się zajmować osobami wymagającymi opieki. Na pewno zmniejszamy ilość osób, które będą kształcone na kierunkach medycznych. Mówimy o lekarzach i tak samo mówimy o opiece długoterminowej i też o pielęgniarkach, które na pewno będą chętnie w tej chwili ten zawód wybierać. Aczkolwiek muszę także powiedzieć, jeżeli już jesteśmy przy opiece długoterminowej, to bardzo dużo pań pielęgniarek albo zrobiło specjalizację, albo także kursy czy też specjalistyczne szkolenia właśnie w zakresie opieki długoterminowej. Myślę, że to jest bardzo ważne, aby udzielać tej opieki w sposób bardzo profesjonalny, gdyż opieka nad osobą starszą jest dość specyficzna. Pacjent niejednokrotnie, oprócz zwykłej pielęgnacji, wymaga ciepła, dobrego słowa, po prostu tego, żeby z nim być przez jakiś czas, co jest zadaniem osoby, która się nim zajmuje, bo myślę, że czasem to jest najważniejsze, żeby pacjent czuł, że ma tę opiekę, że może na kogoś liczyć.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Dziękuję, panie ministrze. Bardzo proszę, pani poseł Monika Rosa.

Poseł Monika Rosa (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Panowie ministrowie, nie chcę mówić o przeszłości, ale chciałam zapytać o działania bieżące oraz o przyszłość. Bo opieka długoterminowa będzie w Polsce nie tylko coraz bardziej potrzebna, ale będzie też, to wszyscy wiemy, coraz bardziej kosztowna. Wszystkie zmiany demograficzne, starzenie się społeczeństwa, to, że będzie coraz więcej osób niesamodzielnych, z niepełnosprawnościami, osób starszych, oznacza wzrost nakładów zarówno z ramienia polityki społecznej, jak i ochrony zdrowia. Wiemy, że obecny stan prawny w Polsce jest niewystarczający, niespójny i wymaga zmian. Powiedziałabym, że drastycznych zmian. Stąd moje pytanie. Czy państwo stworzycie wspólnie, w obu departamentach, jakiś strategiczny dokument kierunkowy, który by zmieniał cały system opieki długoterminowej, miał podejście rzeczywiście strategiczne i długofalowe, tak aby zapewnić dostęp do takiej opieki na różnych poziomach, niezależnie także od miejsca zamieszkania, bo tu doskonale wiemy, że dostęp do opieki niestety jest uzależniony od miejsca zamieszkania.

Kwestia pierwsza to jest kwestia finansowania. Kwestia finansowania opieki długoterminowej w porównaniu do innych krajów rozwiniętych, innych krajów UE, jest dość niski. To cztery razy mniej nakładów w porównaniu do PKB niż w innych krajach UE. Stąd moje pytanie, czy państwo planują zmienić system finansowania albo jakie mechanizmy finansowania wprowadzić, żeby nakłady na opiekę, które są konieczne, co doskonale wiemy, regularnie wzrastały. Czyli jaki jest scenariusz docelowego finansowego, jaki mechanizm, jak rozłożony w czasie, do którego roku wzrostu nakładów? Czy rozważają może państwo wprowadzenie, jak to jest na przykład w innych krajach, dodatkowego mechanizmu ubezpieczeniowego? Skądś te pieniądze muszą być. Jaki państwo mają pomysł?

Kwestia druga. Pan minister Kraska mówił o tym, że departamenty ze sobą współpracują na rzecz opieki. Chciałabym wiedzieć, w jaki sposób ta współpraca jest koor-

dynowana. Wiem doskonale, że ten system jest rozproszony, jest różnie finansowany. Nie ma tutaj specjalnej transparentności, że część kosztów pokrywa NFZ. Znaczna część, bo ponad 800 tys. osób niesamodzielnych jest pod opieką opiekunów nieformalnych, kilkadziesiąt tysięcy w instytucjach, w DPS-ach. Teraz pytanie, w jaki sposób państwo zamierzają to koordynować? Czy stworzyć jakiś urząd – być może będzie to potrzebne – specjalnego koordynatora, ministra, pełnomocnika, tak aby rzeczywiście pieniądze z systemu były racjonalnie wydawane, żeby były racjonalne kryteria kwalifikacji do opieki.

Kwestia prewencji niesamodzielności, rehabilitacji. Prosiłam pana ministra o odpowiedź na pytanie, o cele, ale też w jaki sposób usprawnić prewencję i rehabilitację. Mówi pan minister, że kadra medyczna jest wystarczająca. Chyba nie jest wystarczająca, ponieważ stan zdrowia starszych Polaków dość drastycznie odbiega od średniego stanu zdrowia mieszkańców UE. Potrzebujemy rehabilitacji, rehabilitacji domowej, wsparcia lekarzy, pielęgniarek dla osób po to, żeby im później, tym lepiej te osoby zderzyły się z niesamodzielnością.

Kolejna kwestia dotyczy polityki opiekunów rodzinnych i nieformalnych. Po pierwsze – świadczenia dla opiekunów nieformalnych, co można rozwiązać w miarę na bieżąco. Wynika z tego sposób realizacji wyroku Trybunału z 2014 r. w sprawie nierównego traktowania opiekunów osób z niepełnosprawnościami. Kiedy realizacja tego wyroku? Bo wiemy, że osoby starsze często mają także stopień niepełnosprawności. Różnica pomiędzy świadczeniami dla opiekunów osób z niepełnosprawnością w zależności od wieku powstania niepełnosprawności po prostu jest dramatyczna i niesprawiedliwa.

Kwestia także tego, dlaczego ten specjalny zasiłek opiekuńczy po pierwsze, jest niski, bo to jest trochę ponad 600 zł, po drugie, kryterium dochodowe, które uprawnia do pomocy jest bardzo niskie, a warunkiem koniecznym jest pełna rezygnacja z aktywności zawodowej. Wydaje się, że koniecznym kierunkiem jest po pierwsze, podwyższenie tego świadczenia, po drugie, wsparcie opiekunów nieformalnych w taki sposób, żeby mogli łączyć opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, osobą niesamodzielną, z pracą zawodową. Po trzecie, potrzebne jest wsparcie wytchnieniowe, ale także kwestia takiego wsparcia pośredniego, to znaczy nie wybór albo instytucja, albo opieka w domu, ale właśnie dzienne domy pomocy, środowiskowe domy pomocy, asystent, który będzie przychodził, kiedy opiekun musi wyjść do pracy. Teraz pytanie, czy na przykład osobie, która potrzebuje takiego wsparcia, nie warto by przydzielić właśnie pewnej kwoty do jej dyspozycji. Czy zechce opłacać członka swojej rodziny, czy na przykład asystenta, asystentkę z zewnątrz, a może środowiskowy dom samopomocy. Jakieś mechanizmy trzeba tu zastosować. Pytanie, jakie państwo mają w tym temacie pomysły i plan?

Kolejna kwestia dotyczy także wsparcia opiekunów, bo wiemy, że to jest bardzo trudna praca, czyli opieki wytchnieniowej, szkoleń dla nich, porad, wsparcia psychologicznego. W temacie opieki formalnej – formach opieki półinstytucjonalnej, zakorzenienia w społeczności lokalnej, czyli mieszkań wspomaganych, form wsparcia dziennego, form wsparcia domowego, bo trochę tak się miotamy, jak już mówiłam, między dwiema skrajnościami. Albo instytucja, albo rodzina. A bardzo potrzebujemy tego środka. Wiem, że państwo tu piszą, że to się dzieje, że się rozwija, ale jakie są cele? To znaczy, jakie sobie państwo wyznaczają cele rok w rok – wzrostu zarówno liczby osób starszych, które będą korzystały z tego wsparcia, jak i liczby ośrodków, które takie wsparcie będą mogły zaoferować.

Kwestia deinstytucjonalizacji. Ja się bardzo cieszę, że ten dokument powstaje, że się rodzi. Czekamy na niego cierpliwie, żeby móc go również z państwem skonsultować. Chciałam zauważyć, że w Polsce trochę jest tak, że największy ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi, osobami starszymi, spoczywa na rodzinie. Z jednej strony mamy bardzo silne obciążenie rodziny z niskim wsparciem czy finansowym, czy opieki wytchnieniowej, z drugiej strony mamy instytucje, których jest mało – dużo – różnie możemy oceniać,natomiast rzeczywiście są to ogromne domy pomocy. Średnio jest około 80–100 osób w placówce. Konsekwencje funkcjonowania tak dużych domów widzieliśmy między innymi właśnie w okresie koronawirusa.

Kwestia ostatnia, czyli opieka hospicyjna. Wiemy doskonale, że bariery dostępności do tej opieki są bardzo wysokie. Potrzebujemy też większej skali form domowej opieki

hospicyjnej. Pytanie: jakie państwo sobie wyznaczają cele i daty realizacji tego, aby jak najwięcej osób, które potrzebują domowej albo instytucjonalnej opieki hospicyjnej, mogło z niej skorzystać. Chciałabym zwrócić uwagę, że naszą przyszłością i koniecznością jest to, żebyśmy ten system opieki długoterminowej, nieinstytucjonalnej, ale właśnie w lokalnej społeczności, w środowisku lokalnym, po prostu rozwinęli. To jest ogromny fragment zapotrzebowania na zatrudnienie opiekunów, asystentów, pracowników medycznych, pielęgniarek, lekarzy. To nam zmieni rynek pracy w sposób drastyczny. Nie tylko ze względu na demografię, ale też na to, że osoby starsze po prostu będą potrzebowały pomocy.

Ja bym trochę chciała wiedzieć, czy państwo mają taki plan działania na najbliższe lata i na kolejne dziesięć, piętnaście i dwadzieścia lat? W jaki sposób się to będzie zmieniało? Jak te potrzeby będą wyglądały? Bo musimy o tym myśleć już teraz, żeby takie osoby wykształcić i trochę zmienić myślenie o tym, jak taka opieka ma wyglądać.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł. Pan poseł Piotr Borys. Przypominam, że nie wszyscy zdążą zabrać głos, jeżeli będziemy tak przedłużać. Wprawdzie pani poseł poruszyła kilka obszarów, dość syntetycznie, ale też proszę, żeby mieć z tyłu głowy, że jeszcze mamy osiem osób zgłoszonych poza posłami. Tak że proszę.

Poseł Piotr Borys (KO):

Postaram się możliwie krótko. Po pierwsze, kieruję te słowa do pana ministra zdrowia, jeżeli mogę. Chciałbym zapytać, panie ministrze, według danych statystycznych – wiadomo: statystyka to statystyka – w Polsce umarło najwięcej w czasie ostatniego roku, nie chodzi nawet o rok kalendarzowy. W czasie roku pandemicznego umarło najwięcej osób w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, najwięcej w Europie, drugie miejsce na świecie. Chciałbym, żeby pan minister mógł nam także odpowiedzieć ustnie, być może pisemnie…

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Panie pośle, bardzo proszę.

Poseł Piotr Borys (KO):

Przepraszam, ale…

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Nie cenzuruję, ale bardzo proszę, żebyśmy się trzymali tematu. Nie możemy opowiadać o wszystkim dookoła.

Poseł Piotr Borys (KO):

Ale, pani przewodnicząca, ja nawet nie skończyłem myśli, a pani mi przerwała.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Proszę mnie tylko wysłuchać. Nie będę panu oczywiście później zabierać czasu. Tylko moja prośba jest ogromna, żebyśmy naprawdę nie rozmywali tematu, bo to państwo zgłosili dzisiejszy temat posiedzenia Komisji w trybie art. 152. Możemy się spotykać częściej, ale nie rozmydlajmy tej ważnej sprawy, jaką jest opieka długoterminowa, deinstytucjonalizacja. Państwo o tym chcieliście rozmawiać. Więc jeżeli będziemy od Sasa do Lasa poruszać tematy, to nic z tego nie wyjdzie, naprawdę. Bardzo proszę, panie pośle, proszę, żebyśmy się skupili na temacie, o który państwo prosili.

Poseł Piotr Borys (KO):

Szanowna pani…

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

I do tego tematu, rozumiem, panowie ministrowie są przygotowani.

Poseł Piotr Borys (KO):

Szanowna pani przewodnicząca, nie wiem, może ma pani nadprzyrodzoną zdolność czytania w myślach, ale ja nie skończyłem nawet pół zdania, a pani mi przerwała. Prosiłbym więc o odrobinę wstrzymania swoich uwag, zanim skończę myśl.

Więc, panie ministrze, chodzi tu głównie o seniorów, więc po pierwsze, chciałem zapytać, co być może wynika z całości spraw związanych z opieką nad seniorami, jaki jest procent i wskaźnik wśród osób, które umarły w czasie ostatniego roku pandemicznego, a wiemy zgodnie ze statystykami, że w Polsce umarło najwięcej osób w Europie, drugie miejsce na świecie, pod względem liczby zgonów ponadwymiarowych w czasie pandemii. Przypomnę – 24 osoby na 100 tys. mieszkańców, gdzie odpowiednio Norwegia – 1, Dania – 2, Finlandia – 3 zgony ponadwymiarowe w czasie pandemii. Jest to niezwykle ważne pytanie, w jakim zakresie procentowym czy ilościowym dotyczyło to seniorów? Zmierzam do tego, abyśmy wskazali sobie, gdzie są, gdzie być może pojawiły się te deficyty? Czy dotyczyło to głównie wieku senioralnego, czy też innych grup wiekowych? To po pierwsze.

Po drugie, obecnie osoby w wieku senioralnym to 25% polskiego społeczeństwa. W perspektywie następnych 30 lat będzie to jedna trzecia polskiej populacji, blisko 14 mln osób. Do czego zmierzam? Zmierzam do tego, że jeżeli państwo przedstawiają ze strony dwóch ministerstw wszystkie formy opieki długoterminowej od domów opieki społecznej, przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne, ośrodki geriatryczne, ośrodki specjalizujące się w chorobach otępiennych – jest ich niewiele w Polsce – poprzez cały system opieki domowej. Wspomniał pan minister o nowej formie rodzinnych domów opieki społecznej, także o dziennym pobycie. Wszędzie tam wymagane są kadry, wszędzie potrzebna jest odpowiednia diagnostyka, już nie wspomnę o tym, o czym wspomniała moja koleżanka pani poseł Kozłowska, jak trudno dostać się do specjalisty, bo czas oczekiwania do specjalisty rośnie. Do czego zmierzam? Zmierzam do tego, że jeżeli mamy myśleć o systemie, to system musi wynikać po pierwsze – ze świadomości procesu, w jakim znalazło się polskie społeczeństwo w całym wariancie demografii, która jest nieubłagana i niestety nie jest obiecująca. Żyjemy coraz dłużej i seniorów będzie coraz więcej. Mamy coraz mniej lekarzy i pielęgniarek, 25% lekarzy już osiągnęło wiek emerytalny. To są obiektywne trudności. Nie rzucam odpowiedzialności na państwa rząd, nie mówię o ośmiu latach rządów Platformy. Jesteśmy w obiektywnie trudnym momencie.

Moje pytanie jest, czy państwo są w stanie przedstawić nam, także z udziałem opozycji, wszystkich grup społecznych, które nas słuchają, system, w którym po pierwsze, będziemy w stanie przeprowadzać dosyć szybko diagnozy chorób w wieku senioralnym, będziemy w stanie odpowiednio skutecznie i szybko leczyć, a w sytuacji, kiedy pojawi się potrzeba skierowania czy do oddziału geriatrycznego, czy do placówki dziennej długoterminowej, to będą miejsca w tych ośrodkach. Tworzy się, proszę państwa także ogromny rynek – rynek wielkiego popytu na te usługi, dlatego że ogromna rzesza naszych rodaków wkracza w ten wiek z obiektywnymi trudnościami. I albo się do tego przygotujemy w horyzoncie dziesięciu, dwudziestu lat, a to jest jedno z poważniejszych zadań dla państwa polskiego, albo będziemy rozdrabniali ten system, nie do końca koordynując go pomiędzy obecnym MZ a MRiPS. Dlatego te wszystkie uwagi, które wskazała pani poseł Kozłowska i moje koleżanki, powinny zmierzać do tego, jak jesteśmy przygotowani do tego systemu.

Moje pierwsze pytanie dotyczące tej śmiertelności, która zatrważa, o której nie mamy szczegółowej wiedzy, być może sprowadza się również do tego, że akurat seniorzy stali się prawdopodobnie jedną z poważniejszych grup, która uległa temu, że system nam się rozsypał, mimo heroicznej walki lekarzy i pielęgniarek. Być może największą ofiarę ponieśli seniorzy, po prostu ofiarę życia. Aby uniknąć tego typu sytuacji, aby stworzyć system, który będzie systemem solidarnym, dającym gwarancję opieki seniorom w różnych momentach życiowych, w różnych chorobach, także w różnych sytuacjach rodzin, które nie zawsze są w stanie wziąć na siebie system opieki rodzinnej, musimy wiedzieć i mieć przeświadczenie, czy mamy wystarczająco dobrze opisany system kadry, ile na to potrzeba środków publicznych, w jakim aspekcie musi się w to włączyć również rodzina, w jakim systemie ma pomóc system emerytalny, aby sfinansować określone usługi. Do tego sprowadza się moje pytanie, bo nie widzę u państwa systemu. Nie widzę systemu, kiedy obserwuję, porównuję na przykład z o wiele bogatszymi Niemcami, którzy dziesiątki lat pracowali na to, aby taki system obiektywnie stworzyć. Nie widzę tego

systemu i jestem zatrwożony także naszą dyskusją dzisiaj dotyczącą demografii, która nie stwarza tak naprawdę żadnych pozytywnych perspektyw. Będziemy mieli coraz więcej obciążeń, coraz więcej pracy i albo państwo polskie przygotuje się na ten moment, albo będziemy mieli do czynienia właśnie z takim systemem rozsypanym, niecałościowym, niekomplementarnym, gdzie tylko najbogatszych będzie stać na rzeczywistą i w pełni profesjonalną opiekę. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Przemawiał pan ponad pięć minut. Mam taką ogromną prośbę. Na razie może po prostu trzymajmy się czasu. Wprowadzę dwuminutowe ograniczenie. Jeżeli nie będą się państwo tego trzymać, to po prostu przegłosujemy, dlatego że w zasadzie tylko w dwóch wypowiedziach były tematy związane stricte z tematem dzisiejszego spotkania. Prosiłam na wstępie, jeżeli chcemy coś wspólnie wypracować, żebyśmy naprawdę tej Polski nie przegadali, a nad nią popracowali. Jeszcze raz bardzo proszę, żebyśmy rozmawiali na temat. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Marzena Okła-Drewnowicz.

Poseł Marzena Okła-Drewnowicz (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Postaram się po jednej minucie zwrócić do każdego z panów ministrów. A więc mam pytanie do pana ministra zdrowia. wszyscy wiemy, że kwestia kształcenia kadry medycznej jest fundamentem, żeby rzeczywiście zapewnić opiekę nad seniorami, nad osobami w ogóle niesamodzielnymi. Wiemy, że ważne są limity przyjęć na studia i ważne są kierunki lekarskie. Jeśli chodzi o limity, to wiemy też, że w ciągu całych rządów PO-PSL i PiS jest tak, że te limity rosną. Najbardziej wzrosły w latach 2009, 2010, bo aż o ponad 40%. Proszę powiedzieć w związku z tym, jakie państwo przewidują wzrosty tych limitów w kolejnych latach. To jest pierwsze pytanie.

Drugie: kierunki lekarskie. Pamiętam 2015 r., kiedy osobiście bardzo mocno zabiegałam o to, aby w Kielcach powstał kierunek lekarski. Powstał. Od 2015 r. funkcjonuje. Tak też jest w Rzeszowie czy Zielonej Górze. Za państwa rządów też powstawały kolejne, na przykład w Opolu, z tego co pamiętam. Ale czy państwo planują uruchamianie kolejnych kierunków lekarskich w najbliższych latach? To dwa pytania do pana ministra zdrowia.

Teraz do pana ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. Właściwie chyba rodziny i polityki społecznej, już bez pracy, panie ministrze? Panie ministrze, powiedział pan bardzo ładnie, jeśli chodzi o strategię deinstytucjonalizacji, że planowane są już prekonsultacje, dość szybko, bo w przyszłym tygodniu. Dopytam tylko, w którą stronę idzie ta strategia? Czy zakłada ona budżet adekwatny do potrzeb? To jest jedno pytanie. Kolejne pytanie, ono już tutaj padło, tylko chciałabym je podkreślić, dotyczy kwestii realizacji wyroku TK z 2014 r., ale właściwie nie tyle pytam o wyrok, bo wiemy, że nie będzie on szybko zrealizowany. Pan minister Wdówik na którejś z poprzednich Komisji powiedział, że w czerwcu będziemy znali wyniki zespołu, który miał nam pokazać nowy system orzecznictwa. Czy my w czerwcu – to znaczy, w czerwcu już nie poznamy – ale czy pan może wie, kiedy poznamy wyniki prac tego zespołu?

Przepraszam za zamieszanie, ale bardzo się zestresowałam tym, że mam dwie minuty, i jednak mam kolejne pytania do pana ministra zdrowia, więc wrócę. Dotyczą one płac – wzrostu wynagrodzeń. Te pytania się pojawiały, więc ja tylko bardzo krótko, czyli – tak, nie i ewentualnie – o ile. Konkretne pytania: czy planowany jest wzrost kontraktów na usługi w opiece długoterminowej w kontekście wzrostu płacy minimalnej? Drugie pytanie: czy planowane jest podniesienie stawek za usługi w zakładach opiekuńczo-leczniczych i czy w ogóle rząd zamierza podnieść płace w opiece długoterminowej? Nie wiem, pani przewodnicząca, dwie minuty było? Bardzo dziękuję. Ale za to bardzo proszę o udzielenie konkretnych odpowiedzi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Właśnie o to mi chodziło, żeby pytania były konkretne i w punkt, i myślę, że panom ministrom jest też wtedy łatwiej odpowiadać i cel, dla którego państwo chcieli, żebyśmy się spotkali, będzie przynajmniej jakoś wyłuszczony. Bardzo proszę, pani poseł Jagna Marczułajtis.

Poseł Jagna Marczułajtis-Walczak (KO):

Dziękuję bardzo. Chciałabym rozpocząć moje wystąpienie od uzupełnienia wszystkich poprzednich wypowiedzi moich koleżanek i kolegów o dzieci z niepełnosprawnościami i młodych dorosłych 18+ z niepełnosprawnościami, którzy tak samo potrzebują usług, mieszkalnictwa, ale nikt o tym nie mówi. Oni mają opiekunów, którzy muszą zrezygnować ze wszystkiego i nie mają nagle z czego żyć i kiedy się zająć pozostałym rodzeństwem. To można, szanowni państwo ministrowie, bardzo szybko naprawić, bo niedawno – w marcu – złożyłam projekt ustawy w imieniu Koalicji Obywatelskiej, który realizuje wyroki TK z 2014 i 2017 r. Nie będę tu rozwijać, o co chodzi. Wszyscy państwo wiedzą, o co chodzi w tych wyrokach. Jest gotowa ustawa złożona do Laski Marszałkowskiej, po prostu ją trzeba wyjąć, odmrozić, przeprowadzić przez Sejm, przyjąć, uchwalić i wprowadzić w życie.

Rozmawiamy o rodzinnych domach pomocy, o deinstytualizacji. Przede wszystkim właśnie powstawanie rodzinnych domów pomocy w przypadku młodych dorosłych to już jest utopia. Państwo ministrowie, czy planujecie powstawanie mieszkań ze wsparciem, a nie DPS-ów czy rodzinnych domów pomocy? Deinstytucjonalizacja to właśnie mieszkalnictwo ze wsparciem. W lokalnej społeczności z usługami adekwatnymi do potrzeb każdej osoby z niepełnosprawnością w każdym wieku, a nie tylko dla seniorów.

Kolejne moje pytanie dotyczy… Może jeszcze kontynuując wątek rodzinnych domów pomocy społecznej, wrócę do tego pytania, co z rodzinnymi domami pomocy? Czy ministrowie mają świadomość, że one nie są dla młodych dorosłych ze sprzężeniem, autyzmem i intelektualną niepełnosprawnością? Szanowni państwo, jest również potrzeba ujednolicenia nazewnictwa. Czy ministerstwo w związku z tym planuje wprowadzić jednolite nazewnictwo, na przykład mogłoby się to nazywać mieszkalnictwo ze wsparciem, bo tak naprawdę nikt nie może się połapać, co to jest mieszkalnictwo chronione, wspomagane. A rodzi to też problemy legislacyjne, zamykające możliwość innowacji społecznych.

Mam również pytanie dotyczące kryterium dochodowego dostępu do usług opiekuńczych. Jakie ono dzisiaj obowiązuje? I tak naprawdę, czy pan minister wie, kogo dzisiaj stać na te usługi z MOPS? Bo te usługi właśnie są czasami dodatkowo płatne. Co z programem osobistego asystenta osoby niepełnosprawnej? Czy ministerstwo planuje poprawić ten program w taki sposób, aby poprawić dostępność do programu, przyspieszyć rekrutację? ponieważ rodzice zgłaszają do mnie fakt, że program jest przystosowany na dwanaście miesięcy, a cztery, pięć miesięcy trwa rekrutacja do tego programu. Jaki jest więc sens cztery czy pięć miesięcy rekrutować, żeby potem na kilka miesięcy dostać to wsparcie i potem znowu rekrutować? Czy nie można zrobić kontynuacji tego programu, żeby tylko raz taka osoba się starała o ten program, a później na zasadzie, dokąd ma orzeczenie, aby mogła korzystać z tego programu?

Mówimy o opiece długoterminowej, na którą nie stać najbardziej potrzebujących, bo rodziny niepełnosprawnego z czterokończynowym porażeniem mózgowym plus niepełnosprawnością intelektualną po prostu nie stać na usługi opiekuńcze, bo przekracza kryterium dochodowe. To są takie absurdy, które można by było bardzo szybko naprawić i poprawić jakość życia osób z niepełnosprawnościami, stąd będę bardzo prosiła o odpowiedzi na piśmie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł. Bardzo proszę, pan poseł Krzysztof Szulowski.

Poseł Krzysztof Szulowski (PiS):

Pani przewodnicząca, panowie ministrowie, szanowni państwo, chciałbym króciutko odnieść się do jednego segmentu opieki długoterminowej, mianowicie do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej i przede wszystkim zacząć od powiedzenia kilku bardzo ciepłych i pozytywnych słów o tej opiece, którą świadczy, jak tu przedstawiono nam w informacji, nieco ponad tysiąc podmiotów i obejmuje swoją opieką rocznie około 60 tys. pacjentów. Mamy taki podmiot na naszym terenie, więc wiem doskonale, jak funkcjonuje, i muszę powiedzieć, że ocena działalności tego podmiotu jest niezwykle pozytywna przez wszystkie rodziny, wobec których świadczy swoje usługi. Jest szereg rodzin,

które chcą się opiekować swoimi bliskimi w domach, odczuwają powinność, aby opiekować się chorymi rodzicami, nie oddawać ich do stacjonarnych zakładów, ale potrzebna im jest wtedy opieka specjalistyczna i znakomicie taką opiekę specjalistyczną wypełniają pielęgniarki, które chodzą do tych domów. Muszę powiedzieć, że są one w pewnych obszarach znakomitymi fachowcami i nie boję się powiedzieć, że nie ma lepszych fachowców niż te pielęgniarki, jeśli chodzi o leczenie ran, odleżyn, owrzodzeń. One wiedzą, jak się zachować na każdym etapie leczenia takiej rany, znają wszelkie nowinki, najlepsze opatrunki, najlepsze maści i często potrafią wyleczyć – oczywiście bywa, że z ingerencją chirurga – rany, które się wydają nie do wyleczenia.

Bardzo dziękuję panu ministrowi Krasce, że docenił zachowanie podmiotów w okresie pandemii Covidu. W informacji, którą dostaliśmy, pada jedno takie zdanie. Zacytuję, bo jest krótkie: „Procentowy udział teleporad w ogólnej liczbie świadczeń w opiece długoterminowej domowej zrealizowanej w 2020 i 2021 r. wynosił odpowiednio 6,09%, 4,58%". Czyli to oznacza, że prawie zawsze były to wizyty domowe. Muszę powiedzieć, że po wybuchu pandemii, w sytuacji, kiedy zamknęła się praktycznie podstawowa opieka zdrowotna, zamknęła się specjalistyka, bardzo ciężko było się dostać do szpitala, to te wszystkie panie to byli frontowcy. Cały czas chodziły do domów i opiekowały się pacjentami, niezależnie od nie do końca rozpoznanej przecież sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych domach. I muszę tu, panie ministrze, powiedzieć, że przychodziły też do mnie do biura poselskiego, wyrażając jednak żal, że one żadnymi dodatkami nie zostały w tej sytuacji objęte, a przecież zarabiają – wątek zarobków był tu poruszany, jednak stosunkowo pobieżnie.

Chciałbym wskazać na jedną niedomogę związaną z funkcjonowaniem pielęgniarskiej opieki długoterminowej. W praktyce dotyczy ona jednak tylko miast. Bardzo rzadko te podmioty mogą objąć opieką długoterminową osoby spoza miasta, a więc osoby ze wsi. Z praktyki wiem, że zdarza się do jedynie w takich sytuacjach, kiedy któraś z pielęgniarek mieszka po prostu w którejś z miejscowości i ma blisko, żeby taki dom odwiedzić. Myślę, że powinniśmy dążyć do tego, aby sprawić, że poziom opieki, także w tym segmencie, a więc pielęgniarskiej opieki długoterminowej na wsiach jednak zbliżał się do tego poziomu, jaki jest świadczony w miastach.

Kończąc, chciałem powiedzieć, że w mojej opinii ten rodzaj opieki należy hołubić, doceniać i propagować. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Pani poseł Marcelina Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję bardzo. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni panowie ministrowie, mam pytania dotyczące rzeczy, która tak naprawdę tutaj już padła, ale chciałam zapytać o konkret na temat tego, w jakiej perspektywie myśli MZ o zapewnieniu kadry medycznej, która będzie odpowiednia do tego, żeby zapewnić opiekę zdrowotną osobom starszym, szczególnie w opiece długoterminowej, ponieważ w informacji ministra znalazłam zdanie, które jest naprawdę nie tylko całkowicie nieuprawnione, ale wydaje mi się też dosyć trudne do zaakceptowania. To znaczy, to jest konkretny cytat: „Istnieje wystarczająca baza kadry lekarskiej możliwej do zabezpieczenia świadczeń". To jest bardzo ciekawe, ponieważ według danych podawanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego najbliższy punkt czasowy, gdzie będziemy się mierzyć ze znacznym wzrostem odsetka osób starszych, jest tuż-tuż, bo w 2030 r. A w informacji nie ma takich danych, jak ile według ministerstwa powinno przybyć pielęgniarek, fizjoterapeutów i lekarzy w perspektywie najbliższej dekady, by sprostać rosnącej liczbie starszych pacjentów i pacjentek. Jaki pomysł ma MZ na skokowy wzrost liczebności personelu medycznego? Zadaję to pytanie naprawdę bez złośliwości, bo tutaj już wcześniej padały informacje, że to, ilu mamy teraz pracowników ochrony zdrowia, to jest również efekt poprzednich rządów. Naprawdę nie chciałabym wchodzić w ten ping-pong. Chciałabym po prostu usłyszeć, o ile ministerstwo zakłada, że wzrośnie liczba pielęgniarek, fizjoterapeutów czy lekarzy w perspektywie najbliższej dekady, bez odnoszenia się do tego, co działo się w przeszło-

ści, bo to wydaje mi się po prostu bardzo istotne. Jest to ważne niezależnie od tego, kto będzie za dekadę sprawował władzę, czy będzie to PiS. Platforma czy Lewica.

Druga sprawa to jest prawo do pomocy ze strony jednostek zapewniających całodobową opiekę w uzyskaniu świadczeń zdrowotnych. Mam takie pytanie, ponieważ, o ile do ZOL i Rzecznik Praw Pacjenta ma bezpośredni dostęp, to jak wygląda sytuacja, jeżeli chodzi o domy pomocy społecznej? Czy tutaj planowana jest jakaś zmiana? Mieliśmy naprawdę dramatyczne sytuacje w trakcie Covidu, kiedy ludzie pozbawieni byli prawa do tego, żeby realizować swoje prawa do ochrony zdrowia. Wydaje mi się, że, biorąc pod uwagę dostępne dane na temat tego, jakie są braki, jeżeli chodzi o same deklaracje dostępu do wyboru lekarza i pielęgniarki, zasadne będzie zastanowienie się, czy nie powinniśmy tutaj jednak wykonać jakiejś pracy, przyspieszyć jakiejś pracy. To jest oczywiście również pytanie do przedstawiciela Rzecznika Praw Pacjenta, czy jakieś działania zostały konkretnie podjęte i jakie to były działania. Na jakim to jest etapie? Bo, biorąc pod uwagę, że te działania były sugerowane ze strony Rzecznika Praw Pacjenta, wydaje mi się to tym bardziej istotne, że w trakcie panowania Covidu zobaczyliśmy po prostu, jak ważny jest dostęp do Rzecznika Praw Pacjenta, również podopiecznych domów pomocy społecznej.

Teraz to, co wydaje mi się jeszcze bardzo ważne. Czy pojawiały się w ogóle jakiekolwiek informacje w ministerstwie na temat problemów przyjęć osób o niskich dochodach zarówno do DPS-ów, jak i do zakładów opieki długoterminowej? Wydaje mi się, że jest to tak naprawdę o tyle trudne do przeanalizowania, że nie mówimy tutaj o oficjalnych odmowach, tylko o sytuacji, w której nieoficjalnie odmawia się przyjęcia danej osoby ze względu na niskie dochody, i ta osoba musi szukać w kilku miejscach, zanim dostanie tę akceptację na przyjęcie. To jest sytuacja skandaliczna. Do naszych biur poselskich takie osoby się zgłaszają. Staramy się interweniować w takich sytuacjach, ale to naprawdę nie powinno mieć miejsca. Czy ministerstwo widzi tutaj jakąkolwiek możliwość interweniowania – biorąc pod uwagę, że dzieje się to na etapie nieoficjalnym, czyli nie po złożeniu oficjalnie wniosku o przyjęcie, tylko jakby jeszcze przed złożeniem wniosku dana rodzina jest informowana, że osoba nie zostanie przyjęta ze względu właśnie na niskie dochody.

Dwie rzeczy jeszcze. To znaczy, pracownicy zakładów, którzy nie podlegają zasadom wynagradzania z minimalnego wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, czyli właśnie na przykład mamy pracowników, którzy pracują w domach pomocy społecznej, którzy zarabiają minimalną płacę. Wielokrotnie wspieraliśmy protesty tych pracowników i oni mówią wprost – oni mają podwyżkę wtedy, kiedy wzrasta płaca minimalna. To jest sytuacja skandaliczna. Mówimy o osobach, które opiekują się, które sprawują naprawdę ogromnie odpowiedzialną pracę opiekuńczą nad osobami wymagającymi naprawdę bardzo dużo wsparcia i ich praca powinna być wynagradzana godnie. Nie powinno być tak, że oni zarabiają minimalną stawkę bądź w okolicy minimalnej, a wzrostu wynagrodzeń wyczekują w momencie, w którym wzrasta płaca minimalna, z tego prostego powodu, że jesteśmy starzejącym się społeczeństwem. Jak już wcześniej tutaj wielokrotnie padały statystyki i dane dotyczące tego, ile osób będzie się pojawiało w systemie, tym bardziej powinniśmy doceniać pracowników, którzy tę pracę wykonują ze względu na to, że za chwilę będziemy potrzebowali dużo więcej rąk do pracy niż do tej pory.

Może pozwolę sobie zrezygnować z ostatniego pytania, bo byłoby powtórzeniem czegoś, co już tutaj padło, więc po prostu będę wyczekiwać odpowiedzi i najwyżej będę jeszcze później prosiła o jedną krótką rzecz, jeżeli nie padnie odpowiedź z ministerstwa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł. Pani poseł Magdalena Biejat.

Poseł Magdalena Biejat (Lewica):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, panowie ministrowie, chcę dopytać o kwestię strategii deinstytucjonalizacji. Część pytań już padła i nie będę ich powtarzać, obiecuję. Natomiast trochę mnie niepokoi, że to jest nasze już któreś spotkanie w ciągu niespełna roku na temat tej strategii. Pierwsze z nich, o ile się nie mylę, mieliśmy na tej Komisji

14 lipca. Było tu z nami kilkoro przedstawicieli organizacji, które współtworzą tę strategie, które są też dzisiaj z nami tutaj. Wtedy pan minister Szwed obiecywał, że zobaczymy tę strategię gotową we wrześniu, październiku zeszłego roku. To jest oczywiście dobra informacja, że już coś zobaczymy w przyszłym tygodniu, ale chciałabym usłyszeć, jaki jest konkretny horyzont działań nad tą strategią. Bo co to znaczy prekonsultacje? Jak one się mają do konkretnych konsultacji? Jakie są kolejne etapy pracy nad strategią? Chciałabym też usłyszeć, jaka jest rola MZ w opracowaniu części strategii dotyczącej osób z niepełnosprawnościami i seniorów i opieki nad nimi. Interesuje mnie również to, jaki ma wpływ fakt, że tej strategii nadal nie ma, na naszą zdolność do pozyskiwania środków z polityki spójności w obszarze społecznym na lata 2021–2027, skoro w teorii przynajmniej istnienie tej strategii powinno być warunkiem pozyskiwania tych pieniędzy. Bardzo będę wdzięczna za nakreślenie bardzo konkretnego horyzontu czasowego, kiedy możemy się jej spodziewać, ponieważ kilka tygodni temu na posiedzeniu w sprawie pieczy zastępczej pani minister Socha nie nakreśliła tak szybkiego deadline-u. Raczej pokazywała dużo bardziej pesymistyczny obraz pracy nad częścią dotyczącą samej polityki społecznej właśnie w tym obszarze, o którym dzisiaj rozmawiamy. Jestem więc ciekawa, czy te problemy zostały po prostu szybciej przezwyciężone i prace rzeczywiście teraz przyspieszą nad konsultacjami czy nie.

Ostatnia rzecz. Trochę mnie niepokoi, że tej strategii nie ma, cały czas nie jest uchwalona, państwo jednocześnie rozpoczynają realizację projektu „Opracowanie pilotażowe: wdrażanie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych”. Jak się ma jedno do drugiego? To znaczy, państwo jeszcze nie przygotowali strategii, a już prowadzicie pilotaż? Będę wdzięczna za wyjaśnienia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł. Na tym wyczerpaliśmy listę posłów. Zanim przejdziemy do odpowiedzi, poproszę stronę społeczną, ponieważ mamy osiem osób, które się zgłosiły. Musimy jeszcze mieć czas na odpowiedź ministrów i ewentualne ad vocem. Bardzo proszę, będę po kolei zapraszać do wypowiedzi osoby, które się zgłosiły do dyskusji zdalnie. Bardzo bym prosiła…

Chciałabym bardzo podziękować, bo po mojej interwencji państwo naprawdę, choć te dwuminutowe ramy czasowe były przekraczane, ale to było naprawdę niezbędne. Pani przewodnicząca wyznaczyła rytm i naprawdę udało nam się dość sprawnie te pytania zadać. Bardzo proszę, pierwszy w kolejności zgłosił się…

Sekretarz stanu w MRiPS Stanisław Szwed:

Może bym najpierw odpowiedział?

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Odpowiedzi, tak? To bardzo proszę o odpowiedzi, żeby nam się… Ale zastanawiam się, czy po prostu nie będzie też tematów…, panie ministrze…

Sekretarz stanu w MRiPS Stanisław Szwed:

Ale jak odpowiem, to może już nie będzie pytań?

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Obawiam się, że państwo, którzy zapisali się do zadawania pytań, będą oczekiwać odpowiedzi, i ja bym chciała, żeby panowie ministrowie podsumowali. Rozumiem, że notują panowie te wszystkie pytania i udzielą odpowiedzi. Bardzo proszę, pan Robert Suchanke, prezes Ogólnopolskiego Związku Świadczeniobiorców Wentylacji Mechanicznej.

Prezes Ogólnopolskiego Związku Świadczeniobiorców Wentylacji Mechanicznej Robert Suchanke:

Dzień dobry państwu. Postaram się nie zająć dużo czasu, naświetlić problem i zadać na koniec jedno pytanie czy apel do pana ministra Kraski. Zgłaszam się w imieniu chorych wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych. Świadczenie to powstało w 2003 r. Obecnie w domach przebywa około 9 tys. chorych wyposażonych w respirator, objętych naszą opieką. Dla porównania, w Niemczech takich chorych jest 80 tys., we Francji 75 tys., we Włoszech 60 tys., w Hiszpanii 40 tys. Myślę, że ten ostatni kraj

jest bardzo porównywalny populacyjnie i rozwojem z nami, czyli możemy domniemywać, że tych chorych w najbliższych latach zgłosi się po pomoc tylu, że osiągniemy te liczbę około 40 tys.

Co ma wpływ na tak dynamiczny rozwój tej metody leczenia i taki wzrost populacji naszych chorych? Przede wszystkim upowszechnienie tej metody leczenia w bardzo ciężkiej chorobie, jaką jest przewlekła obturacyjna choroba płuc, przez niektórych zaliczana jako trzecia, czasami może czwarta przyczyna zgonu populacyjnie, tak że dosyć groźna, poważna choroba, związana z zanieczyszczeniem powietrza, z paleniem papierosów. Również rozwój technologii wentylacji, a zwłaszcza wentylacji nieinwazyjnej, upowszechnia tę metodę, wzrost świadomości chorych i ich lekarzy, jak również ministerialny program Polwent, który ułatwił dostęp tych chorych do leczenia. Natomiast nasza wentylacja domowa jest zawsze kontynuacją leczenia szpitalnego. Nie możemy objąć innego pacjenta, jak tylko w tej sytuacji, gdy leczenie jest kontynuowane. Niestety ta kontynuacja jest niepełna, ponieważ nie jest kontynuowane finansowanie. W chwili obecnej około jedna czwarta naszych pacjentów jest pozbawiona tego finansowania. Wkroczyła w nadwykonania. Ten problem nasila się z roku na rok. Jest jeszcze jeden problem. Oczywiście wzrośnie liczba chorych dodatkowo o pacjentów Covidowych, poscovidowych, taką tendencję już obserwujemy.

Mój apel, moje pytanie do pana ministra Kraski, czy ministerstwo może z nami podjąć dialog, żeby ten nasilający się problem rozwiązać, bo tak jak powiedziałem, w najbliższych latach tych chorych będzie przybywało i tego się nie zmieni. Nie mamy na to żadnego wpływu. O taki dialog apelujemy. Chcielibyśmy usiąść przy stole, powiedzieć o naszych problemach, powiedzieć o naszej wizji, co możemy zrobić i jak można by to zmodyfikować. Po prostu chcemy być partnerem, żeby nie brnąć dalej w tę sytuację, którą mamy w tej chwili.

To wszystko. Dziękuję państwu bardzo. Chciałem tylko zarysować ten problem.

Przewodnicząca poseł Marzena Okła-Drewnowicz (KO):

Bardzo dziękujemy za dyscyplinę czasową. Teraz poproszę panią Magdalenę Osińską -Kurzywlik, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym".

Prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" Magdalena Osińska-Kurzywlik:

Witam serdecznie państwa. Dziękuję bardzo za udzielenie głosu i za zaproszenie. Bardzo się cieszę, że państwo przedstawili dość dużo statystyk, liczb. Chciałabym się ustosunkować do tych statystyk, patrząc z perspektywy naszych koalicjantów, czyli instytucji, które bezpośrednio zajmują się opieką długoterminową.

Drodzy państwo, pierwsza konkretna rzecz, stawka na osobodzień dla pielęgniarskiej opieki długoterminowej wynosi w tej chwili 30,08 zł. Ta stawka, drodzy państwo, nie była aktualizowana czy podnoszona naprawdę od wielu, wielu lat. Kolejna rzecz, oprócz tego, że to wynosi 30,08, zł. to tak naprawdę w wielu oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia ona jest jeszcze niższa. Wynika z tego, że pielęgniarki muszą negocjować umowy, które złożyły do NFZ. Bardzo często te stawki wynoszą nawet 27 zł. Jak wygląda praca? Praca wygląda tak, że pielęgniarka musi minimum cztery razy w tygodniu wejść do pacjenta, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 20.00. W wyjątkowych sytuacjach są to soboty i niedziele. Przypominam stawkę, często 27 zł za osobodzień, maksymalna stawka to jest 30,08 zł. Stad moje pytanie, chociaż jeszcze państwu powiem o jednej statystyce. Praca dla pielęgniarki w domu pomocy społecznej – 3400 zł podstawy brutto. I wracam do swojego pytania. Jak państwo chcą zapobiegać – brzydkie słowo może – ucieczce personelu medycznego. Nie mówię tu tylko i wyłącznie o pielęgniarkach, bo chciałabym podkreślić rolę opiekuna medycznego. Drodzy państwo, jeżeli stawka dla pielęgniarek jest 3400 zł w domu pomocy społecznej, to jaka jest stawka dla opiekuna medycznego? Myślę, że to jest minimum krajowe. Drodzy państwo, za te pieniądze nie spodziewajmy się, że będziemy mieli personel medyczny, który będzie świadczył usługi w zakresie opieki długoterminowej.

Kolejny problem, o który zadam potem pytanie, który zauważyliśmy na poziomie samorządowym i gminnym, czy zastanawiali się państwo, jak skoordynować opiekę poszpitalną? My cały czas mówimy o pacjentach opieki długoterminowej takich, którzy

starzeją się, są z niepełnosprawnościami, są przygotowani do tego okresu, ale co z pacjentami takimi, którzy trafiają nagle do oddziału szpitalnego ortopedycznego, neurologicznego i tacy pacjenci opuszczają szpital. Drodzy państwo, oni się gubią w systemie. Oni nie wiedzą, gdzie po wypisie ze szpitala mają się zwrócić, kto im udzieli pomocy, jaka ta pomoc może być udzielona. I oni tak naprawdę, a głównie opiekunowie, czyli rodziny, gubią się w możliwościach uzyskania pomocy. Stąd moje pytanie, czy zastanawiali się państwo, jak skoordynować opiekę poszpitalną?

Kolejna rzecz, czy panowie ministrowie, zarówno z MZ, jak i z MRiPS, bierzecie pod uwagę wykorzystanie potencjału zarówno POZ, jak i miejskich ośrodków pomocy rodzinie w zakresie koordynacji? Nie ma tej koordynacji w tej chwili. Naprawdę, nie oszukujmy się. jeżeli pacjent trafia do lekarza POZ, to uzyskuje świadczenia w zakresie POZ. Pacjenci sobie radzą, szukają pomocy, próbują się dowiedzieć swoimi ścieżkami, że tu mogą uzyskać pomoc z miejskiego ośrodka, tu mogą z POZ, ale ta opieka jest niewystarczająca. Na objęcie domową opieką długoterminową średni czas oczekiwania wynosi minimum osiem miesięcy. W niektórych województwach nawet dłużej. Średni czas oczekiwania do domu pomocy społecznej czy zakładu opiekuńczo-leczniczego bardzo podobnie. Drodzy państwo, niestety z tym problemem będziemy się borykali.

Średnia wieku pielęgniarki – 54 lata. Tutaj padła taka informacja, że tak naprawdę największy przyrost osób starszych będziemy mieli w 2030 r. Drodzy państwo, w 2030 r., jak sobie szybciutko policzyłam, to prawie 40% pielęgniarek będzie odchodziło na emeryturę. Jak jesteśmy w stanie zaspokoić te braki personelu? Stąd są moje pytania. Chciałabym jeszcze tylko dodać, że jako Koalicja przygotowujemy raport na temat deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej. On będzie dostępny na naszej stronie internetowej we wrześniu. Proszę też o zapoznanie się z naszymi innymi raportami na temat opieki długoterminowej i stworzenia kompleksowego systemu opieki długoterminowej, bo naprawdę tam jest dużo ciekawych informacji, które, myślę, mogłyby być do wykorzystania zarówno przez MZ, jak i przez MRiPS. Bardzo serdecznie dziękuję za głos.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pan Adam Zawistny, Instytut Niezależnego Życia.

Wiceprezes Instytutu Niezależnego Życia Adam Zawistny:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, bardzo dziękuję za informację w zakresie aktualnych prac nad strategią deinstytucjonalizacji po 30 kwietnia br., czyli po przekazaniu przez pana ministra Wdówika na ręce pani minister Maląg. Od razu muszę też podkreślić, że sposób pracy nad strategią deinstytucjonalizacji, które wybrało MRiPS, czyli od 2020 r., myślę, że naprawdę dla innych ministerstw może być dobrym wzorem. Był bardzo mocno partycypacyjny, pięć grup eksperckich, przedstawiciele NGO, samorządów – razem około stu ekspertów i praktyków. Myślę, że prekonsultacje po tym etapie wewnętrznym po 30 kwietnia br. to jest naprawdę bardzo dobry pomysł. Powiem szczerze, że liczymy bardzo na to, że ta strategia, która zostanie przekazana do konsultacji, utrzyma swoją bardzo rozsądną ambitność, bo to jest niezbędne, żeby to była realna odpowiedź na potrzeby milionów obywateli, którzy teraz potrzebują albo zaraz będą potrzebować wsparcia długoterminowego w swoim miejscu zamieszkania, w swojej społeczności.

Mam szereg pytań. Pytania do MZ, później jedno pytanie wspólne i później pytanie do MRiPS. Pierwsze moje pytanie do pana ministra Waldemara Kraski. Podczas prac grup eksperckich nad deinstytucjonalizacją kwestie medyczne zostały mocno wzięte pod uwagę. Wszyscy dobrze wiemy, że w zakresie koordynacji, w zakresie wsparcia osób starszych, osób z problemami zdrowia psychicznego, jeśli chcemy, żeby to wsparcie było adekwatne dla obywatela, musi być ścisłe współdziałanie usług społecznych i medycznych. Pytanie jest takie, czy zostanie przyjęta wspólna strategia deinstytucjonalizacji, dotycząca zarówno usług społecznych, jak i zdrowotnych? Czy MZ zakłada, że aktualny załącznik strategiczny do nowego *Policy paper* dla zdrowia może być w pełni uwzględniony w strategii deinstytucjonalizacji. Takie podejście zdecydowanie byłoby najlepszym z możliwych. Na pracach z ostatniego roku widać było, że bez tego łączenia będzie bardzo trudno.

Drugie pytanie dotyczy tego, że rozwijany jest program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej". To jest bardzo dobry kierunek, potrzeba po prostu więcej środków na to. Ale pamiętajmy, że żeby zgodnie ze strategią na rzecz osób z niepełnosprawnościami do roku 2030, a jest zaplanowane, że do roku 2023 asystent osobisty zostanie wdrożony do ustawodawstwa, absolutnie kluczowa usługa w zakresie usług społecznych, w zakresie wsparcia długoterminowego, to trzeba będzie umożliwić prawnie asystentom osobistym, którymi mogą na przykład członkowie rodziny, na przykład podawanie leków, pomoc z cewnikami jednorazowymi, podawanie insuliny za pomocą tak zwanych penów – słowem, asystent osobisty może wykonywać zgodnie z prawem wszystkie te czynności, które może wykonywać ta sama osoba lub członek rodziny. Czy MZ zakłada rozszerzenie tego zakresu, aby było to zgodne z wymaganiami osób wymagających intensywnego wsparcia?

Pytanie wspólne. Padła kwestia dotycząca powołania pewnego pełnomocnika, który połączyłby kwestie koordynacji. Takiego pełnomocnika do spraw deinstytucjonalizacji. To byłby naprawdę świetny kierunek pod kątem wyzwań koordynacji. Będę bardzo wdzięczny za odpowiedź, zarówno od pana ministra Waldemara Kraski, jak i od pana ministra Stanisława Szweda. Czy panowie ministrowie widzą taką możliwość, czy byłaby taka potrzeba i wsparcie w zakresie tego, żeby połączyć oba sektory, które muszą bardzo silnie ze sobą współpracować.

Mam jeszcze pytanie dotyczące kwestii mieszkalnictwa wspomaganego. Mianowicie jako forma, która jest uznawana, można powiedzieć, za standard tego, żeby zapewnić wsparcie długoterminowe, i to nie jest tylko doświadczenie innych krajów, ale też wielu samorządów Polski, jak Gdańsk, Stargard czy Jarosław, że takie kameralne kilkuosobowe mieszkalnictwo wspomagane, plus dodatkowo wsparcie w nim, to jest naprawdę dobra odpowiedź i bardzo często lepsze rozwiązanie niż pójście w kwestię rodzinnych domów pomocy, właśnie z tych firm, czyli mieszkalnictwa wspomaganego albo chronionego. Jeżeli ono jest realizowane naprawdę bardzo intensywnie, korzystają osoby, które potrzebują wsparcia 24 godziny na dobę i siedem dni w tygodniu. Pytanie jest takie, czy zgodnie z działaniem 1.3.4 strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami, które zakłada, cytuję: uregulowanie usługi mieszkalnictwa wspomaganego na poziomie podstawowym i ujednolicanie jej z usługą mieszkalnictwa chronionego, i ta ujednolicona formuła będzie stanowić mieszkalnictwo wspomagane, które dzieli się na tryb treningowy, czyli pobyt czasowy, oraz wspierany pobyt na czas nieokreślony docelowy. Kiedy mamy szanse ujednolicić te formuły? Faktycznie to jest bardzo ważny element, bo samorządy mają problemy z tym, jak dobrze wykorzystywać te fundusze i zwyczajnie też się mylą. To jest bardzo skomplikowane. Bardzo dziękuję i bardzo liczę na to, że w przyszłym tygodniu będzie kolejny dobry krok w zakresie deinstytucjonalizacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani Zofia Małas, przewodnicząca Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Witam państwa. Ja dzisiaj korzystam z konta pani prezes Małas, natomiast jestem wiceprezesem Naczelnej Rady, Mariola Łodzińska. Opiekuję się zespołem ds. opieki długoterminowej, który działa przy Naczelnej Radzie. Na pewno dużym błędem było rozdzielenie MZ od MRiPS…

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Pozwolę sobie nie zgodzić się z tym. Przepraszam, że wtrąciłam.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Mamy w tej chwili taką sytuację, że trudno się porozumieć w tym zakresie. Natomiast ponieważ dwa dni temu minister Niedzielski był na posiedzeniu po raz pierwszy, spotkał się z Naczelną Radą i mówił o faktach i interpretacji, to ja sobie pozwolę przytoczyć kilka faktów i do tych faktów później zadam pytanie. Po pierwsze, średnia wieku pielęgniarek w tej chwili w Polsce to 53 lata. Co prawda faktycznie wzrosła liczba szkół przez kilka lat w ostatnim czasie, niestety jednak nie przełożyło się to w ostatnim roku 2020

na liczbę pielęgniarek, które ukończyły studia, a które weszły do zawodu. Ukończyło 5600, a weszło do zawodu 2300, czyli zmarnotrawione 3300. Nie wiemy, co dalej się dzieje.

Jeśli chodzi o wynagrodzenie, pan minister Kraska mówił, że ustawa o płacy minimalnej, która weszła i została podpisana, zachęci młode osoby do wchodzenia do zawodu i będzie to gwarantowała. Proszę państwa, z własnego doświadczenia powiem, jak to się działo, zanim jeszcze ustawa weszła. To, o co zabiegaliśmy, żeby było zapisane „posiadane" wykształcenie, a nie „wymagane", bo to „wymagane" spowodowało w tej chwili to, że pielęgniarki, z tytułem magistra pielęgniarstwa lub specjalistki, przychodzą do pracy i otrzymują ofertę, że specjalistka i magister nie są potrzebni, więc zatrudnione zostają na najniższym wynagrodzeniu, czyli na tym wynagrodzeniu ze współczynnikiem 0,73. Zatem tak do końca nie jest kolorowo, jak pan minister mówi. Na pewno byśmy chcieli, żeby tak było, ale tak nie jest.

Jeśli chodzi o wsparcie opiekunów, to, proszę państwa, zmiana przepisów w kształceniu opiekuna medycznego była absolutnie nieustalona, nieskonsultowana z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i w naszej ocenie przyniesie to ogromny skutek. Proszę państwa, nam niepotrzebny jest opiekun, który wyręczy nas w pobieraniu krwi, w podawaniu leków podskórnych czy w wielu innych czynnościach. Nam jest potrzebny opiekun do czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych, tych, które zajmują najwięcej czasu na początku dyżuru każdej pielęgniarce i w trakcie dyżuru w miarę oczywiście potrzeby. W związku z czym domniemywamy, że znów opiekun będzie pozyskiwany do laboratoriów w zakresie pobierania krwi, a pacjenci w domu zostaną bez opieki, tak jak będzie to również w domach pomocy społecznej. Chciałabym uzupełnić wypowiedź pani Kurzywlik, która powiedziała, że faktycznie sprawa opieki długoterminowej jest niezmieniona od 2016 r., w związku z czym trudno mówić o rozwoju tej opieki długoterminowej domowej i o rentowności. Ponadto zastanawialiśmy się na spotkaniu z panem ministrem Szwedem, czy nie warto by było rozważyć, i to będzie właśnie pytanie, czy nie warto by było rozważyć, żeby w domach pomocy społecznej można było otworzyć zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze, bo jeżeli państwo się zorientujecie, to mieszkańcy tych domów to są praktycznie pacjenci. To nie są mieszkańcy, to są ludzie schorowani, którzy wymagają całodobowej opieki pielęgniarskiej. W związku z tym należałoby może iść w tym kierunku, żeby zwiększyć i przekształcić część w ramach domów pomocy społecznej, utworzyć tego typu komórki organizacyjne. Moje pytanie więc, czy praca będzie w tym kierunku podążała.

Ponadto w czasie pandemii wiele podmiotów opieki długoterminowej domowej nie wykorzystało świadczeń i kontraktów. Dlaczego? Proszę państwa, ponieważ utrudniony dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, która kieruje pacjenta do długoterminówki niestety spowodował niewykorzystanie kontraktów, czyli tym samym pacjenci najbardziej potrzebujący nie mogli z tej opieki skorzystać. Więc drugie pytanie, czy nie zastanawiali się państwo, czy nie należałoby rozważyć zmiany kierowania pacjentów do opieki długoterminowej i powierzenia możliwości ich skierowania, chociażby przez pielęgniarki, które mają wysokie kwalifikacje.

Jeszcze moje pytanie w związku z tym właśnie, czy planowany jest wzrost wyceny świadczenia w opiece długoterminowej domowej, bo tutaj padło pytanie w ogóle o długoterminową stacjonarną, a ja pytam o długoterminową domową, bo nie ukrywam, że z panem dyrektorem Dzięgielewskim, którego bardzo serdecznie pozdrawiam, miałam niedawno spotkanie dotyczące właśnie tego świadczenia i wyceny tego świadczenia. Pan dyrektor zobligował się, że postawi to na kierownictwie, więc mam nadzieję, że tak się też stanie. I to chyba wszystko. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję, również za dyscyplinę czasową. Bardzo proszę, pani Mariola Rybka, konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa i opieki długoterminowej. Czy mamy panią Mariolę Rybkę? Jeżeli nie, to jest w kolejności pan Krzysztof Tłoczek, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych.

Wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych Krzysztof Tłoczek:

Bardzo serdecznie dziękuję, pani przewodnicząca. Dziękuję za zaproszenie. Postaram się jak najkrócej. Krótko jeszcze tylko ad vocem pani wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. My nie podzielamy negatywnej wizji Rady. Te negatywne wizje były obecne w roku 2007, gdy powstawał zawód opiekuna medycznego. Szczęśliwie w żadnym zakresie się wtedy nie spełniły i w poparciu o nasze doświadczenia i prognozy na podstawie przeprowadzonych badań wśród naszej grupy zawodowej spodziewamy się w większości sytuacji pozytywnego efektu tych zmian. W związku z tym dziękujemy też, jako środowisko opiekunów medycznych, za podpisaną w ubiegłym tygodniu nową podstawę programową i uwzględnienie w niej niektórych naszych uwag na etapie konsultacji w jej końcowym brzmieniu. Jako środowisko opiekunów medycznych jesteśmy przekonani, że te zmiany będą nie tylko korzystne dla samych opiekunów medycznych poprzez zwiększenie miejsc zatrudnienia, czy też poprawę jakości edukacji, ale także szerszy zakres kompetencji. Natomiast przede wszystkim będą korzystne dla pacjentów. Bo te zmiany rzeczywiście mogą wprowadzić małą rewolucję w opiece długoterminowej, i to zarówno w środowisku, jak i w kontekście świadczeń w domach pomocy społecznej, pozytywną rewolucję oczywiście, ale to będzie wymagało współpracy wielu środowisk medycznych i pomocowych.

Teraz pytania do pana ministra zdrowia. Jak minister zdrowia zamierza w praktyce wykorzystać potencjał opiekunów medycznych w momencie nabycia przez nich dodatkowych kompetencji i czy jest już projekt ustawy o innych zawodach medycznych, który w swojej części dotyczącej opiekuna medycznego przewiduje ustawowe umocowanie jego miejsca i roli w zespole terapeutycznym, także w kontekście opieki długoterminowej? Czy strona społeczna będzie zaproszona do współpracy nad tym projektem?

A ministra rodziny i polityki społecznej chciałbym spytać, czy w momencie, gdy będą już na rynku opiekunowie medyczni posiadający rozszerzone kompetencje, ministerstwo planuje utworzenie osobnego wobec stanowiska opiekuna także stanowiska opiekuna medycznego w placówkach pomocy społecznej. Mam tu na myśli DPS-y. I czy ministerstwo ma plan na zwiększenie zapotrzebowania i wykorzystanie innych zawodów opiekuńczych, kształconych w szkołach policealnych, to jest opiekuna w DPS, opiekuna osoby starszej czy asystenta osoby niepełnosprawnej, czy raczej dążyć będzie do oparcia świadczeń opiekuńczych na świadczeniach opiekunów medycznych? Bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Mamy jeszcze dwie osoby. Bardzo proszę, pani Joanna Luberacka-Gruca, Fundacja Polski Mogą Wszystko.

Prezes zarządu Fundacji Polki Mogą Wszystko Joanna Luberacka-Gruca:

Dziękuję bardzo. Dziękuję za umożliwienie udziału w dzisiejszej Komisji i za udzielenie mi głosu mimo dyscypliny czasowej. Z tego co zrozumiałam pana ministra Kraskę i pana ministra Szweda, w najbliższych latach będziemy potrzebowali wielu pracowników zawodów pomocowych i w związku z tym mam pytanie, czy, biorąc to pod uwagę, mają państwo plan zabrania dzieci, które są dzisiaj w DPS-ach, które są DPS-ami łączonymi dla dorosłych i dla dzieci, a także jakąś strategię i plan docelowo likwidacji w ogóle DPS-ów dedykowanych dzieciom, a także plan na dzieci, które są zarówno w ZOL-ach, jak i w zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Mam też pytanie, czy w kontekście tego minimalnego wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia są planowane analogiczne rozwiązania skierowane do pracowników zarówno pomocy społecznej, jak i rodziców zastępczych, którzy w jakimś sensie się do tej grupy zaliczają. I ostatnie pytanie dotyczy rozwiązań dla dzieci, które się usamodzielniają z pieczy zastępczej, ale także z innych instytucji, które się w pieczy zastępczej nie mieszczą. I to są dzieci z niepełnosprawnością i dla których dzisiaj właściwie jedyną ofertą jest usamodzielnienie się do DPS-u. Po pierwsze mam pytanie, czy jest plan na stworzenie systemu mieszkań wspomaganych, a po drugie, czy rozważane są też inne elastyczne propozycje, na przykład przekształcanie rodzin zastępczych czy rodzinnych domów dziecka w rodzinne domy pomocy

społecznej? I wreszcie ostatnia rzecz dotyczy kwestii statystycznych i integracji działań, a mianowicie, czy jest planowane zintegrowanie danych i faktów, zarówno w obrębie różnych departamentów MRiPS, jak i różnych resortów? Bo dzisiaj dane, przynajmniej jeśli chodzi o dzieci, które są w domach pomocy społecznej, są bardzo niepewne i właściwie nie wiemy do końca, jaka jest liczba tych dzieci. Są to bardzo rozbieżne dane. GUS podaje zupełnie inne dane niż ministerstwo. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani Katarzyna Świeczkowska, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną.

Wiceprzewodnicząca Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Katarzyna Świeczkowska:

Dzień dobry. Bardzo dziękuję za możliwość wzięcia udziału w dzisiejszym spotkaniu oraz za możliwość zadania pytań. Moja poprzedniczka już sformułowała pewne pytania, które chciałam zadać, ale jeszcze do nich nawiążę. Najpierw chciałam podziękować pani posłance Marczułajtis za to, że wypowiedziała się w imieniu rodziców dzieci z niepełnosprawnościami, ponieważ również jestem rodzicem dziecka z niepełnosprawnością, i chciałam powtórzyć pytanie pani posłanki, jak państwo w kontekście deinstytucjonalizacji widzą zabezpieczanie przyszłości dorastających osób z niepełnosprawnościami w kontekście odchodzenia ich rodziców.

Drugie pytanie nawiązuje do tego, o czym mówiła moja poprzedniczka. Mianowicie, jako dyrektor szkoły specjalnej, do której uczęszczają dzieci z instytucjonalnej pieczy zastępczej, bardzo często doświadczam sytuacji, że dzieci te są w trakcie pobytu w szkole wyrywane do DPS-ów. To znaczy, placówki, w których te dzieci przebywają, są najczęściej przystosowane do potrzeb dzieci ewentualnie nastolatków do dwunastego, trzynastego roku życia. Później dzieciaki te są zabierane i przenoszone do DPS-ów. Jestem świadkiem bardzo dramatycznych sytuacji, kiedy dzieci są wyrywane ze swojego środowiska naturalnego, ze swojej grupy rówieśniczej, ale także z placówek edukacyjnych, w których przebywają, i niestety doświadczam też tego trudnego momentu, kiedy bardzo często DPS-y po krótkim czasie od momentu przeniesienia, zawiadamiają nas o pogrzebach. To nam pokazuje, że opieka nad dziećmi z niepełnosprawnościami w DOS-ach w momencie wyrwania ich z placówki, gdzie dostały dobre wsparcie, bardzo dramatycznie wpływa na życie tych dzieci.

Kolejna rzecz, o którą jeszcze chciałabym zapytać, o czym już też mówiła moja poprzedniczka, jak państwo, w kontekście deinstytucjonalizacji, przygotowują się do usamodzielniania i do umożliwienia dzieciom z niepełnosprawnościami, które są w instytucjonalnej pieczy, niezależnego życia w społeczności lokalnej? Ja jestem z rodziny zaprzyjaźnionej i wiem, że w placówkach przebywają dzieci, które mają wszelkie możliwości do tego, aby jako dorosłe osoby z niepełnosprawnością przy drobnym wsparciu, a czasem i przy większym wsparciu, ale jednak prowadzić niezależne życie w społeczności lokalnej, ponieważ nikt ich przyszłości nie planuje i nikt budowaniem ich przyszłości się nie zajmuje. Najczęściej jednak są po prostu przenoszone z placówki dla dzieci do DPS-ów. I tutaj moje bardzo ważne pytanie, jak państwo widzą przygotowanie kadr pracujących z dziećmi, które obecnie przebywają w instytucjonalnej pieczy zastępczej, do tego, aby te kadry nie tylko zabezpieczały potrzeby bieżące dzieci przebywających w placówkach, ale także żeby myślały o przyszłości, przygotowywały dzieci do przyszłości i tę przyszłość im planowały tak, żeby właśnie, po raz kolejny powtórzę, dzieci nie musiały trafiać do DPS-ów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Nie połączyliśmy się z panią Mariolą Rybką. Mam sygnał, że jest już na łączach. Problem z mikrofonem. No to trudno. Zamykam cykl pytań. Bardzo proszę o odpowiedzi. Będziemy zmierzać do końca. Zapewne nie jest to nasze ostatnie spotkanie w tym temacie. Ewentualne jakieś odpowiedzi, gdyby nie padły, to byśmy prosili na piśmie. Bardzo proszę, pan minister zdrowia, pan Waldemar Kraska.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, rzeczywiście pytań jest dużo, może podzielę je na dwa bloki, bo wiele pytań się powtarzało. Może zacznę od tematów związanych z kadrami medycznymi. O kształceniu pielęgniarek już mówiłem, więc może nie będę się powtarzał. Skoncentruję się w tej chwili na studiach i na kształceniu kadry lekarskiej. 2009 r. – limit przyjęć na studia medyczne wynosił 4800, 2015 r. – 5500, 2019 r. – prawie 8200. Czyli widzimy, że jest dość wyraźny wzrost. Aczkolwiek muszę państwu przypomnieć, że to są najdłuższe studia. Trwają sześć lat. Jest jeszcze jeden kierunek, który też trwa sześć lat, to jest seminarium duchowne. To są specyficzne studia, naprawdę wymagające od studentów dużego wysiłku, bo to są bardzo trudne studia, które trzeba kontynuować, bo nauka w medycynie ciągle się zmienia. Dlaczego nie zwiększamy lawinowo tych nowych uczelni? Ponieważ, proszę państwa, jest też bardzo ważne, aby to kształcenie miało odpowiednią jakość. Chcemy, aby adept uniwersytetu medycznego, który rozpoczyna pracę, był doskonale wykształcony, dlatego ta baza musi być bardzo dobra. Także kadra, która pracuje ze studentami, musi być na odpowiednim poziomie.

Było pytanie, czy zamierzamy poszerzać i zwiększać ilość uczelni kształcących lekarzy. Tak, oczywiście, planujemy to. Takie prace w tej chwili trwają razem z Ministerstwem Edukacji i Szkolnictwa Wyższego. Wiele uczelni w tej chwili deklaruje, że chciałoby otworzyć takie wydziały, ale musimy – jeszcze raz powtórzę – zachowywać zasady, aby jakość kształcenia była na jak najwyższym poziomie. Ale wiem, że jest kilka miejsc w kraju, które zdecydowanie w tej chwili chcą otworzyć takie wydziały i myślę, że w najbliższym czasie to się dokona. Podobnie, jak już mówiłem, z pielęgniarkami. Wiele miejsc w kraju chce w tej chwili otwierać nowe miejsca kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej. Kadry medyczne, myślę, że są bardzo ważne, ponieważ nie tylko mówimy o opiece długoterminowej, ale o całym systemie opieki zdrowotnej. Wiadomo, bez kadr medycznych każdy system będzie niewydolny.

Druga rzecz, która jest z tym związana, to są kwestie finansowe. Był głos strony społecznej, mówiący o pacjentach, którzy są w warunkach domowych wentylowani mechanicznie. Pan pokazał, że w innych krajach tych pacjentów jest zdecydowanie więcej. Ja tylko przytoczę dane, że w roku 2015 w Polsce było wentylowanych około 3000 pacjentów, w tym roku – zresztą pan to powiedział – jest 9000. Czyli w ciągu kilku ostatnich lat mamy trzykrotny wzrost ilości pacjentów. Myślę, że to będzie postępowało, ponieważ 21 kwietnia br. Minister Zdrowia skierował do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Kwalifikacji prośbę o ewentualne przeanalizowanie i zmianę taryfy dla świadczeń, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Myślę więc, że ta forma opieki domowej, dość trudnej do prowadzenia grupy pacjentów, będzie zdecydowanie coraz większa.

Oczywiście, jeżeli mówimy o pieniądzach, to także powiem o opiece długoterminowej, o której już wspomniałem, że z roku na rok tych pieniędzy jest coraz więcej. To jest związane głównie ze zmianą wyceny świadczeń, ponieważ AOTMiT regularnie tę wycenę świadczeń zmienia i, co już tutaj padło, w tej chwili także toczą się prace, jeżeli chodzi o wycenę opieki pielęgniarskiej długoterminowej. Myślę więc, że tu także będą dobre wiadomości dla osób, które się tym zajmują. Muszę też powiedzieć, że od 1 stycznia br. wprowadziliśmy w opiece długoterminowej dla osób do osiemnastego roku życia świadczenia bezlimitowe, czyli tych środków zdecydowanie z roku na rok przybywa. Oczywiście doskonale wiemy, że pacjentów także będzie coraz więcej, dlatego nasza polityka zmierza do tego, abyśmy zmieniali wycenę świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki długoterminowej, aby to było bardziej dostępne, aby więcej osób chciało takie świadczenia pełnić.

Padł głos, że opieka długoterminowa pielęgniarska nie jest dostępna na obszarach wiejskich. Tutaj bym się nie zgodził, ponieważ osobiście pochodzę z niewielkiej miejscowości i taka opieka jest tam świadczona. Więc to jest kontraktowane nie tylko w miastach, ale na terenie całego kraju. Także jeżeli mówimy o pieniądzach już nie tylko o zespołach czy o opiece długoterminowej, wiedzą państwo, że przecież do 2023 r. zwiększamy ilość środków na ochronę zdrowia do 6% PKB, 2027 r. to jest 7% PKB, czyli tych pienię-

dzy naprawdę relatywnie bardzo, bardzo dużo przybywa w polskiej ochronie zdrowia. Oczywiście chcemy, aby te pieniądze były wykorzystywane w sposób racjonalny. Eksperci mówią, że służba zdrowie każde wpompowane w nią pieniądze, mówiąc brzydko, przerobi. Ale oczywiście chcemy, aby te pieniądze były wydatkowane i spożytkowane głównie z myślą o poprawie opieki i świadczeń pacjentów, którzy są w tym systemie, ale także oczywiście myślimy cały czas o kadrach medycznych i o ich wynagrodzeniach.

Pana posła już nie ma. Używał słowa „zgony ponadlimitowe". Uważam, że śmierć nie zna limitów – czy jest w limicie, czy nie jest w limicie. Każda śmierć jest złem, które dotyka tę osobę, ale także jej bliskich. Jeżeli pan poseł nie wie, to na naszej stronie internetowej jest raport podsumowujący zgony w czasie pandemii, więc odsyłam do tego raportu.

Dostęp do specjalistów, pan poseł pytał. Od 1 lipca znosimy limity do specjalistów. Zaraz pada pytanie, a kto będzie tych pacjentów leczył, bo specjalistów nie ma, więc dam tylko przykład zniesienia limitów do operacji zaćmy i do operacji endoprotez, stawu biodrowego. W tej chwili w Polsce praktycznie nie czeka się już na te operacje. Można praktycznie z tygodnia na tydzień taką operację uzyskać, czyli zniesienie limitów powoduje to, że te kolejki zdecydowanie się skracają. Dziękuję, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pan minister Stanisław Szwed.

Sekretarz stanu w MRiPS Stanisław Szwed:

Dziękuję bardzo. Dziękuję za tę dyskusję. Tyle wątków było poruszanych. Skupię się najbardziej na głównym temacie dotyczącym opieki długoterminowej. Oczywiście nie było tutaj większej dyskusji dotyczącej roli samorządu, bo ona jest nieodzowna, jeśli chodzi dyskutujemy na temat opieki długoterminowej, bo wiele zadań jest zadaniami samorządu, jak również kwestie związane choćby z wynagrodzeniami, bo to jest też po stronie samorządów. Zawsze mam z tym problem, bo wpływają do mnie skargi ze strony samorządów, gdy na przykład podnosimy płacę minimalną. Jeżeli podnosimy płacę minimalną, to już jest problem po stronie samorządów, między innymi dotyczący pracowników domów pomocy społecznej czy pracowników pomocy społecznej. Tak że tutaj też warto to mieć na uwadze, gdy dyskutujemy na temat opieki długoterminowej. Bo częścią tej opieki jest samorząd.

Druga kwestia jest taka, że nie ma złotego klucza dotyczącego jednego rozwiązania dotyczącego opieki długoterminowej. Wszystkie działania, które tu opisywaliśmy, są potrzebne. W pierwszej kolejności to musi być opieka na poziomie rodziny, to musi być też zapewnienie opieki instytucjonalnej, opieki kierowanej przez organizacje pozarządowe i wsparcie dla osób niepełnosprawnych, dla osób starszych, niesamodzielnych. To są różne formy wsparcia i to wsparcie jest. Nie mogę się zgodzić z taką tezą, szczególnie w okresie, kiedy walczyliśmy z pandemią, że tego systemu w Polsce nie było. Jakby tego systemu w Polsce nie było, to mielibyśmy katastrofę, a tej katastrofy nie było. Jak popatrzymy nawet na kwestię bardzo wrażliwą dotyczącą DPS-ów, to porównując tylko z krajami Europy Zachodniej, w Polsce potrafiliśmy sobie z tym poradzić, bo nawet jeżeli mówimy o dramatycznej sytuacji, o ilości zgonów, to mieliśmy na poziomie 3,5% podopiecznych DPS-ów związanych z Covidem, czyli udało nam się nad tym zapanować. To jest ogromny wysiłek pracowników domów pomocy społecznej, ale też całego naszego działania, które podejmowaliśmy wspólnie z MZ, w tym przypadku z samorządami. To pokazuje, że ten system działa. Oczywiście jego trzeba poprawiać, zmieniać, dostosowywać do nowych sytuacji, które wynikają z tego, że społeczeństwo się starzeje i przybywa nam osób starszych. Tak że te zmiany, które wprowadzamy, w tym kierunku idą.

Jedną z takich zmian była oczywiście ustawa o pomocy społecznej, którą przyjęliśmy i są tam również zmiany dotyczące pracowników pomocy społecznej. Jeśli chodzi o kierowanie, dofinansowanie – to jest też obowiązek gminy, żeby – jeżeli osoba spełnia warunki, skierował taką osobę do domu pomocy społecznej i opłacał środki za daną osobę.

Jeśli chodzi o poruszaną tu często strategię deinstytucjonalizacji, to przyjęliśmy taką strategię, że będzie ona realizowana w trzech etapach. Pierwszy, który już jest na etapie prac rządowych – to jest Krajowy Program Zwalczania Ubóstwa, i tam są zawarte

elementy deinstytucjonalizcji. Druga kwestia to jest strategia deinstytucjonalizacyjna, co do której przeprowadzimy teraz prekonsultacje, bo chcemy z jednej strony, żeby jak najwięcej organizacji, które tym tematem się zajmują, brało w tym udział, ale z drugiej chcemy też w to włączyć samorządy poprzez regionalne ośrodki pomocy społecznej, ale też inne instytucje, które będą chciały się włączyć do tej dyskusji. W lipcu planujemy odbyć takie prekonsultacje w miarę szybko, żebyśmy potem mogli przyjąć projekt po tych dyskusjach już jako projekt wiodący, który będzie podany pod konsultacje międzyresortowe. Tutaj nie ma zagrożenia, jeśli chodzi o środki europejskie. Ten projekt strategii będzie uchwalony, bo to jest też taki wymóg, żebyśmy mogli później w programach regionalnych korzystać z tych środków. Tak planujemy, że po prekonsultacjach odbyły się dosyć szybkie konsultacje międzyresortowe i projekt trafi później do obróbki parlamentarnej.

Jeśli chodzi o kwestie związane jeszcze z tematem strategii deinstytucjonalizacji, to również było pytanie, mamy zaplanowane – i to jest też jeden z wymogów Komisji Europejskiej – program pilotażowy wdrożenia planu deinstytucjonalizacji. Chcemy ten program realizować i on będzie realizowany wspólnie ze strategią, bo program zakończymy w 2023 r. W tej chwili jesteśmy na etapie wyłaniania wykonawców tego programu. Będzie on skierowany do dwudziestu samorządów, które będą pilotażowo wdrażać plany deinstytucjonalizacji. Te programy dadzą nam też ogląd tego, jak w danej gminie te programy działają, i ewentualnie później będziemy mogli z nich też korzystać przy strategii deinstytucjonalizacji.

Padło też pytanie o środki. Oczywiście programy rządowe, Europejski Fundusz Społeczny, budżety samorządów – takie środki przewidujemy, jeśli chodzi o całą strategię deinstytucjonalizacji. Ale tak jak mówię, tu jest kwestia kilku równoległych działań, czyli program ubóstwa, program pilotażowy i strategia deinstytucjonalizacji, i w tym kierunku chcemy to poprowadzić.

Jeśli chodzi o rodzinne domy pomocy, to już deklarowałem, że do końca lipca chcemy przygotować rozwiązania i też je z państwem przedyskutować. Padł tu w dyskusji bardzo ważny głos strony społecznej dotyczący pieczy zastępczej. Tutaj w tym kierunku też będą szły działania, które będą wynikały ze strategii, zarówno mieszkania chronione treningowe, żeby te osoby przygotowywać do samodzielności. To jest ważny temat, w którym też, myślę, musimy szukać wspólnych rozwiązań.

Jeszcze było pytanie dotyczące dwóch rzeczy. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego, czyli to, co jest jeszcze ostatecznie nierozwiązane. Warto tutaj przypomnieć tym, którzy mają dłuższy staż parlamentarny, że pokłosiem wyroku było to, że podjęto decyzję o rozszczelnieniu tego systemu. To spowodowało, że później za rządów poprzedników dokonywano zmian. Wprowadzono między innymi specjalny zasiłek opiekuńczy. To się ciągnie do dnia dzisiejszego. Czyli w tym obszarze trzeba naprawdę podejmować racjonalne decyzje, bo one powodują, że jeżeli decyzja jest nieprzemyślana czy zła, to skutkuje tym, że później przez wiele, wiele lat nie można z tego problemu wyjść. To jest jeden z takich przykładów.

W tej chwili mamy przygotowane projekty w naszym ministerstwie. Czekamy na wpis do prac rządu, który realizowałby wyrok TK. Zobaczymy legislacyjnie, w jakim czasie ewentualnie moglibyśmy go zrealizować. Jeśli chodzi o projekt orzecznictwa, to pracuje zespół pod kierownictwem pana ministra Wdówika. Czekamy też na przedstawienie projektu, który jest bardzo trudnym projektem, bo wiemy doskonale, że jeśli chodzi o system orzecznictwa, to od wielu lat są podejmowane próby, żeby go zmienić, dostosować do nowych warunków. Temat jest skomplikowany, ale mam nadzieję, że uda nam się przygotować taki projekt, który będzie możliwy do zaprezentowania państwu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Urszula Rusecka (PiS):

Bardzo dziękuję. Zamykam dyskusję. Stwierdzam, że Komisje wysłuchały informacji Minister Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia na temat sytuacji opieki długoterminowej w Polsce, w szczególności koordynacji, deinstytucjonalizacji i obecnej sytuacji kadrowej w opiece długoterminowej. Szanowni państwo, wyczerpaliśmy porzą-

dek dzienny dzisiejszego wspólnego posiedzenia. Dziękuję wszystkim za udział w posiedzeniu i zamykam obrady. Bardzo dziękuję panom ministrom, wszystkim obecnym na sali, jak również osobom, które łączyły się z nami zdalnie. Mam poczucie, że jeszcze wiele tematów jest do poruszenia, ale myślę, że sukcesywnie będziemy je rozwiązywać.